Docteur ABECASSIS André

1947. 48 N° 19

DES MANIFESTATIONS OCULAIRES DU RHUMATISME

1947

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. PORTMANN

ASSESSEUR : M CHELLE

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. DENIGÈS, H. MANDOUL, PETGES, GUYOT, ANDÉRODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, PERY, LABAT, CHARRIER.

PROFESSEURS :

	MM.
Clinique médicale	DUPÉRIÉ.
id.	CREYX.
Clinique chirurg. et gynécol	MASSE.
Clinique chirurgicale	PAPIN.
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE.
Anatomie pathol et microsc. clin.	DE GRAILLY.
Anatomie	VILLEMIN.
Anatomie générale et histologique	G. DUBREUIL.
Hygiène et clin. de la tubercul	PIECHAUD.
Médecine légale et du Travail	DERVILLÉE.
Electroradiol et clin. d'el. médic.	REBOUL.
Chimie	CHELLE.
Matière médicale	GOLSE.
Phamacie	VITTE.
Physiologie	FABRE.
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.

	MM.
Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX.
Clinique chirurg inf et orthop	LOUBAT.
Clin. des maladies infectieuses	DAMADE.
Chimie biologique et médicale	MACHEBŒUF.
Physique méd. et pharmaceutique	PIFFAULT.
Méd. col et clin. mal. exotiques	BONNIN.
Clin. malad. cutanées et syphilitit	JOULIA.
Clin. des mal. des voies urinaires	DARGET.
Clin. mal. nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET.
Clin. d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Toxicologie et hygiène appliquée	CASTAGNOU.
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ.
Clin. méd, des mal. des enfants	FONTAN.
Botanique et cryptogamie	GIRARD.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM. PERRENS (Maladies mentales) — DUFOUR (Anatomie)
MESNARD (Pharmacie)

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

MAITRE DE CONFÉRENCES

M. BLANQUET (Physique pharmaceutique)

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.
Anatomie	N ..
Physiologie	N ..
Médecine générale	BROUSTET.
id,	SARIC.
id.	DUBARRY.
id.	F.-J. TRAISSAC.
id.	BERGOUIGNAN.
Pédiatrie et puériculture	VERGER.
Chirurgie générale	N ..
id.	MAGENDIE.
id.	POUYANNE.
id.	LAUMONIER.
id	CHAVANNAZ

	MM.
Chimie biologique	TAYEAU.
Obstétrique	N...
id.	MAHON.
Ophtalmologie	BESSIÈRE.
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT.
Histologie	MAYER.
Physique médicale	N...
Chimie gén. pharm. et toxicol	N...
Histoire natur méd. et parasitol	N ..
Pédiatrie et Puériculture	VERGER.
Méd légale et méd. du travail	L'EPEE
Electroradiologie	LACHAPÈLE.
Odonto-stomatologie	MARONNEAUD.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Médecine opératoire	MAGENDIE.
Accouchements	N...
Puériculture	PERY
Urologie	N...
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.
Ophtalmologie	N ..
Anatomie	RIGAUD.
Chimie minérale	N...

	MM.
Botanique	GOLSE (René)
Cryptogamie	N...
Pharmacie galénique	MESNARD.
Organographie et Physiol. végét.	TEMPERE.
Bactériologie	MOUREAU.
Physiologie	Mlle ROUGIER
Chimie biologique	NEUZIL.
Parasitologie et biologie appliqu	PAUTRIZEL.
Pathologie chirurgicale	LAUMONIER.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE

Par délibération du 5 Août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation, ni improbation,

FACULTE DE MEDECINE DE BORDEAUX

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

par le

Docteur ABECASSIS André

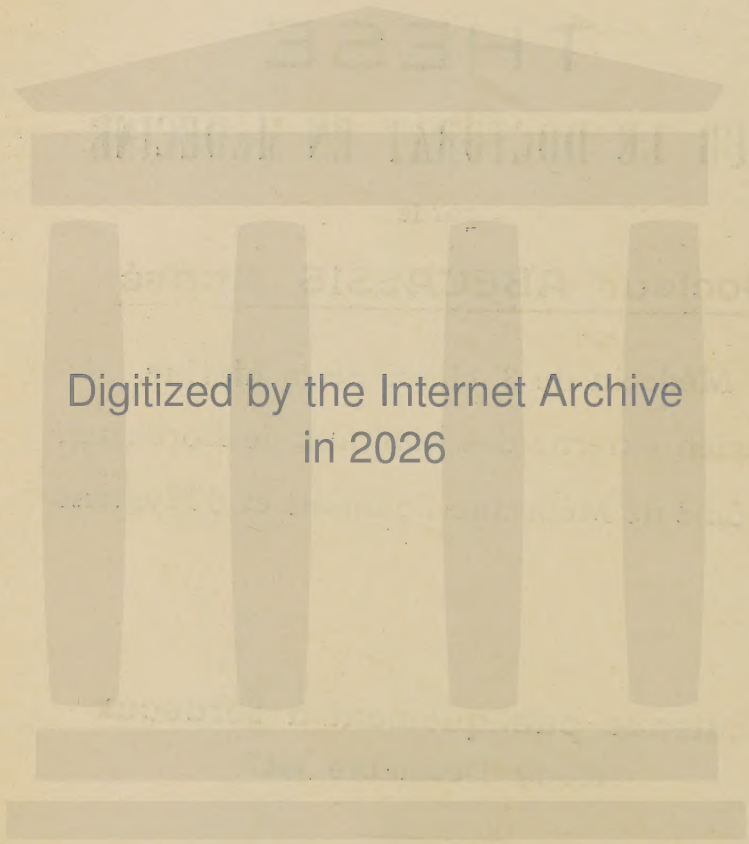
Médecin de 3e classe de la Marine,

Ancien externe des hôpitaux de Bordeaux,

Diplômé de Médecine Coloniale et d'Hygiène.

Soutenue publiquement à Bordeaux

le 19 Décembre 1947


Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536508_0106

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

Si je considère les immenses efforts que vous avez dû soutenir pour m'élever je conçois qu'en vous dédiant cette thèse, je me borne seulement à satisfaire aux premiers commencements de la reconnaissance filiale.

A MON EPOUSE

A MES FRERES

A MON COUSIN M. ISIDORE ABECASSIS

qui nous a toujours entouré d'affectueuse sollicitude et d'attentions paternelles ; nous lui devons d'avoir pu réaliser notre vocation.

A MES AMIS

A LA MEMOIRE DE MES AMIS.

— Le Médecin-auxiliaire René BENBASSA
« Mort au Champ d'Honneur »

— Le Docteur Roger GUEDJ.

— René RISPOLI

A LA MEMOIRE DE MES CHEFS :

— Le Médecin-Commandant des Troupes Coloniales
NOYES DE GORSE
« Mort au Champ d'Honneur »

— Le Médecin-Capitaine des Troupes Coloniales
BERTHELOT

« Mort pour la France »

A LA MEMOIRE DE MES COMPAGNONS
de l'ARMEE d'AFRIQUE
et de la 1ère ARMEE FRANÇAISE

A Monsieur le MEDECIN-GENERAL de 2ème classe GALIACY

Directeur de l'Ecole de Santé Navale
Commandeur de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre
Médaille de la Résistance.

A Monsieur le Médecin en Chef de 2ème classe SIMON
Sous Directeur de l'Ecole de Santé Navale
Officier de la Légion d'Honneur

A Messieurs les Professeurs de l'Ecole de Santé Navale.

A NOS MAITRES de la FACULTE

et des HOPITAUX d'ALGER et de BORDEAUX.

A NOS JUGES :

— Monsieur le Professeur JOULIA.

Professeur de clinique des Maladies cutanées et syphilitiques.

— Monsieur le Professeur agrégé BROUSTET

Médecin des Hôpitaux.

— Monsieur le Professeur agrégé DESPONS

Oto-Rhino-Laryngologiste des Hôpitaux.

Nous les remercions d'avoir bien voulu accepter de faire partie de notre JURY.

A Monsieur le Docteur Mathieu-Pierre WEIL

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine.

qui nous a inspiré le sujet de notre travail, et que nous sommes heureux de pouvoir remercier ici en lui exprimant notre reconnaissance, pour son enseignement, ses conseils et toutes ses bontés à notre égard.

A notre Président de Thèse :

Monsieur le Préfesseur BEAUVIEUX

Professeur de Clinique ophtalmologique,

Cher Maître,

Veuillez bien trouver ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance, pour le bienveillant accueil et l'enseignement profitable que vous nous avez réservés dans votre service ; et accepter nos remerciements pour nous avoir fait l'honneur de présider notre Thèse.

INTRODUCTION

Malgré de nombreuses études traitant des accidents du Rhumatisme, nous nous proposons, dans ce modeste travail, de revenir sur ces manifestations rhumatismales, pour le moins étranges, qui siègent au niveau d'un organe sensoriel qui apparaît à première vue tellement différent des articulations, localisations les plus caractéristiques peut-être, du Rhumatisme.

La première partie de notre essai, concernera l'HISTORIQUE de la question, mais à l'inverse des nombreux auteurs qui se sont occupés du Rhumatisme et de ses manifestations oculaires, n'étudiant chaque fois qu'une seule d'entre elles, nous nous proposons ici d'en faire une synthèse, sans avoir la prétention de citer tous les travaux et non plus tous les auteurs, afin de ne point trop surcharger notre exposé. La difficulté, cependant, réside dans le plan à adopter pour cet historique :

— Devra-t-on ranger les auteurs sous différentes rubriques, prenant une à une chacune des manifestations par laquelle le RHUMATISME traduit sa présence ou son action ?

— Devra-t-on, au contraire, adopter une classification chronologique, citant pour chaque auteur, l'étude, la publication ou la communication qu'il aura faite ? Malgré des redites certaines, cette seconde solution nous a paru plus pratique — sinon plus rationnelle — aussi lui avons-nous donné notre préférence.

Nous consacrerons le chapitre suivant à l'ANATOMIE et à l'HISTOLOGIE comparées de l'œil et d'une articulation quelconque, pour passer successivement en revue les diverses MANIFESTATIONS PATHOLOGIQUES OCULAIRES susceptibles d'apparaître au cours du Rhumatisme ; puis les différentes AFFECTIONS RHUMATISMALES pouvant déterminer de ces localisations.

Cependant, nous éliminerons volontairement de cette étude, les Arthrites infectieuses (gonococciques, scarlatineuses, tuberculeuses, syphilitiques, dysentériques ou d'origine inconnue) pour ne conserver que le Rhumatisme, tout en nous demandant néanmoins, si dans les Arthrites les plus spécifiquement infectieuses, les manifestations oculaires observées sont bien toujours d'origine infectieuse. C'est ainsi que l'exsudat des conjonctivites du Rhumatisme gonococcique est stérile. Il s'agit le plus souvent d'une conjonctivite catarrhale qui peut survenir spontanément ou même précéder les phénomènes des jointures.

Les lésions oculaires peuvent disparaître avant l'Arthrite ou n'aboutissent généralement pas à des lésions chroniques. Cependant, parfois, on observe une Iridocyclite qui

s'avère une complication sérieuse, puisqu'il peut en résulter une diminution permanente de la vision. Cette complication se verrait approximativement dans 3% des cas d'Arthrite gonococcique, tandis que la conjonctivite peut être notée dans une proportion plus grande, atteignant 15% même.

Après quelques lignes relatives aux STATISTIQUES anciennes et à d'autres plus récentes, nous tenterons ensuite dans un ESSAI PATHOGENIQUE d'expliquer ces localisations en mettant le point sur la note allergique et sur l'existence au niveau de l'œil et de ses annexes d'un tissu réticulo endothélial notable, ainsi que sur le rôle probable du système nerveux autonome dont les liens avec le système réticulo-endothélial apparaissent de plus en plus évidents.

Ce dernier chapitre nous permettra d'amorcer notre CONCLUSION dans laquelle nous dirons l'intérêt de la question que nous nous sommes donnée pour objet de cette thèse.

CHAPITRE I

HISTORIQUE

Les manifestations oculaires du RHUMATISME sont depuis peu sorties de l'ombre. Cependant, au début du siècle dernier, — en 1809, *Maximilien STOLL* (97) semble avoir été le premier à les soupçonner, c'est ainsi qu'il signale « le lumbago rhumatismal, la sciatique rhumatismale » et ajoute « *La même humeur rhumatisante, quand elle se jette sur les paupières et les parties avoisinantes de l'œil et sur l'œil lui-même, occasionne une opthalmie séreuse (conjonctivite avec chemosis séreux produit par l'œdème du tissu cellulaire sous-muqueux)* ».

Veut-il dire que cette ophtalmie évolue pendant le cours du R.A.A. ou bien, considère-t-il cette lésion comme comparable au lumbago, à la névralgie sciatique, ou coryza, aux migraines rhumatismales ?

Pour TERRIER, cette affirmation semblerait la seule acceptable car il considère l'Ophtalmie séreuse comme appartenant aux Rhumatismes locaux.

— en 1811, *WARDROP* parle de sclérotite rhumatismale.

— en 1836, *B. CARRINGTON* rapporte un cas d'inflammation « arthritic » de l'Iris (18).

—en 1840 bien que le Rhumatisme fût mieux étudié par *CHOMEL* (21) et *BOUILLAUD* (11) les complications oculaires du Rhumatisme sont à peu près passées sous silence ; de même *G. FERRUS* dans son dictionnaire en 30 volumes.

Cependant, *STOLL* ayant signalé quelques cas de Rhumatisme occupant les muscles des paupières, des yeux, etc.... et déterminant le strabisme, *CHOMEL* admet cette manifestation et en rapporte un exemple :

« *Chez une jeune femme héréditairement rhumatisante, il se développa un Rhumatisme de la nuque et des yeux. Ceux-ci devinrent très douloureux, de sorte qu'elle ne pouvait les remuer en aucun sens, les élever ou les abaisser, les porter en dedans ou en dehors ; sans éprouver de vives souffrances* ».

— Un peu plus tard, *CHOMEL* admet l'Episclérite rhumatismale, que *TYRREL* cite également, et *FERROL* aborde l'étude de la Ténonite rhumatismale.

— 1847, *NOYES* (75) traité des Sclérotites dépendant de la diathèse goutteuse.

— 1856, *W. MACKENZIE* (57) — à propos de l'Ophtalmie rhumatismale — qu'il vaudrait mieux appeler Sclérotite idiopathique (selon *TERRIER*) —, dit n'avoir jamais vu le transport ou la métastase de l'inflammation rhumatismale à l'œil.

— 1865 *FERNET* (34) affirme que la fluxion rhumatismale produit assez fréquemment la Sclérotite et surtout l'Iridochoroïdite, acceptant en cela l'opinion formulée par les ophtalmologistes, notamment par son Maître *FOLLIN*, pour lequel : l'Iridochoroïdite se développe souvent à l'état aigu sous l'influence rhumatismale, et le glaucome paraît être souvent une manifestation de la même diathèse.

Il ajoute ensuite que le rhumatisme peut se déterminer sur la conjonctive et y donne lieu à une congestion simple caractérisée par de la rougeur, soit au développement de papules, même de vésicules ; soit à un chémosis séreux produit par un œdème actif du tissu cellulaire sous-muqueux. Cette dernière forme avait déjà été signalée par *STOLL*.

— 1867 *DOLBEAU* (31) ajoute l'Iritis et affirme que celle-ci et l'Iridochoroïdite, « *peuvent être encore sous la dépendance de la diathèse rhumatismale ou plutôt de l'ARTHRITIS* ».Il raconte notamment le cas d'un interne qui, brusquemment pris d'Iridochoroïdite, vit apparaître une poussée de Rhumatisme du côté des articulations du genou ; dès lors, l'affection oculaire de nature rhumatismale guérit et ne laissa pas de trace.

Il y aurait donc ici une alternance entre la fluxion oculaire et la fluxion articulaire.

— 1867 *Ernest BESNIER* (9) assure que dans le R.A.A. l'organe de la vue «reste à peu près complètement indemne». Il mentionne toutefois la fameuse ophtalmie séreuse de *STOLL*, comme pouvant constituer une localisation proprement dite du Rhumatisme.

Il note en outre :

« *Les affections oculaires que l'on observe au cours du R.A.A. primitif et vrai, sont assez rares et généralement peu graves ; dans le rhumatisme articulaire chronique, elles augmentent de gravité et de nombre.* »

— 1867 *CHARCOT* (19) est du même avis que *BESNIER* : « *Les affections des yeux dans le Rhumatisme Aigu sont rares, mais il en est tout autrement dans le Rhumatisme subaigu et chronique* ».

— 1867 *DE WECKER* (28), étudiant l'influence des douleurs rhumatismales sur l'Iritis chronique, assure qu'on ne sait rien des relations qui existent entre l'Inflammation de l'Iris et la dyscrasie rhumatismale, très mal connue elle-même.

— vers 1881 (29). — Revenant sur ses affirmations anciennes, il considère l'inflammation des espaces lymphatiques à laquelle, dit-il, on réserve les noms impropres d'IRITIS, d'IDODOCHOROIDITE SEREUSE ou de KERATITE PONCTUEE, comme se manifestant surtout dans les cas de Rhumatisme où l'inflammation des articulations se déclare d'une manière aiguë.

— 1870 *GALEZOWSKI* (39) affirme de manière positive que le Rhumatisme Articulaire Aigu, ne donne jamais lieu à des symptômes d'Iritis.

— 1873 Mais il suffit de se reporter à l'Historique très exact du mémoire de *Jonathan HUTCHINSON*, pour constater le peu de valeur de cette assertion. Après :

TYRREL (1840) — *MORGAN* (1848) — *LAWSON* (1867) — *BADER* (1868) — *SOELBERG WELLES* (1870) etc.... *HUTCHINSON* (47) s'efforce de mettre en relief les diverses formes des lésions oculaires en rapport avec le RHUMATISME et la GOUTTE.

— 1875 *THYRY* (102) note : « *l'Arthritisme comme la Goutte sont de ces réalités qui ne se discutent pas, et l'on comprend que l'Arthritisme et la Goutte peuvent agir sur l'œil et ses dépendances* ».

— 1876 *RENAUT* (91) consacre sa thèse à un « Essai sur la Sclérotite rhumatismale ».

— 1876 *ABADIE* (1). A propos de l'Iritis chronique et de l'Iridochoroïdite diathésique écrit que, l'Iritis rhumatismale « *se montre surtout dans le rhumatisme aigu et il existe dans quelques rares cas, une espèce de métastase entre elle (l'Iritis) et les autres accidents* ».

Rappelant l'observation de *DOLBEAU*, il ajoute : « *des faits de cette nature, aujourd'hui bien observés, sont assez communs* ».

— 1879 (1 bis). Enfin plus tard, à propos de l'Iritis rhumatismale, il écrit que cette affection « *même atteignant une certaine violence, les inflammations scléroticales de même nature (rhumatismales) ne s'observent que très rarement chez les individus jeunes, frappés par un R.A.A. généralisé* ».

— 1881 *CHEVALLEREAU* (20) rapporte une observation de Kératite goutteuse.

—1881 BRUN (19) cite 2 cas d'Iridochodoroïdite rhumatismale.

— 1881 *PRIVE* (Paris), (88) étudie la Sclérotite rhumatismale dont il reconnaît 3 formes : aiguë, subaiguë, chronique.

— 1882 *PERRIN* (84) rapporte 5 observations de conjonctivite purulente aiguë chez des sujets rhumatisants ; et l'année suivante, une nouvelle observation.

— 1882 *ABADIE & GALEZOWSKI* (2) donnent des observations de Sclérotite et de Sclérochoroïdite antérieures rhumatismales.

— 1884 *BURUCUA* (15) dans sa thèse remarquable, cite les conjonctivites, l'Iritis, l'Iridochoroïdite, la Sclérotite et enfin les kératites ; mais il ne fait aucune mention des manifestations rhumatismales des membranes profondes de l'œil et du nerf optique, à peu près inconnues avant *ROI,* qui consacre sa thèse inaugurale à la « Névrite optique rhumatismale » 1886.

Pour lui, la névrite optique n'est pas tout à fait rare ; et il s'attache à différencier les névrites optiques doubles, exclusivement occasionnées par les affections cérébrales et les névrites optiques monoculaires. dont la cause reste souvent indéterminée et qui semblent surtout relever du rhumatisme.

— 1884 *CAMPART* — Thèse Paris (17) — Dans sa thèse « Episcléritis », montre l'existence d'une forme d'Episclérite essentielle, placée sous l'influence de la diathèse rhumatismale et indépendante d'une inflammation des membranes externes.

— 1884 *PUECHAGUT* — Thèse Paris — (89) étudie la *Ténonite rhumatismale* et en rapporte des observations.

Après *WARDROP, DESMARES, SICHEL, SŒMISCHE,* qui font une description différente de la Kératite interstitielle liée au Rhumatisme et lui donnent différents noms,

— *ARLT* (8) est le premier à en donner une exacte description, selon *BERGER,* qui admet que cette Kératite présente avec le Rhumatisme des rapports évidents et peut s'observer également dans les cas de monoarthrite chronique de la hanche.

— *HUTCHINSON* (47) lui attribue une origine hérédo-syphilitique.

A l'Etranger :

LEBER, MICHEL (69), *MACKENZIE* (67), signalent, avant *PANAS* l'influence du Rhumatisme dans la Kératite interstitielle.

— *FORSTER*, de Breslau, (35) observe des cas de Kératite rhumatismale.

En France :

— *PANAS* combat la **théorie hérédo-syphilitique** d'*HUTCHINSON*, admettant pour cause le rhumatisme.

— *BECKER* 1876 (6), décrit la Kératite interstitielle rhumatismale ; *COUZON* 1883, *BOQUIN* 1884, *BURUCUA*, 1884 ; *PARINAUD* 1884 (81), en citent des exemples.

— 1884 *ABADIE* recommande de recourir au Salicylate de Sodium pour traiter la Kératite interstitielle.

1901 *CABANNES* (16) rapporte une observation avec guérison par Salicylate de Sodium, dans la Gazette hebdomadaire des Sciences Médicales de BORDEAUX.

— 1887 *TUPPERT* (99) publie les deux premières observations de la Littérature médicale de troubles oculaires réellement produits par une maladie localisée d'une articulation.

Et *E. BERGER* (21) qui rapporte le fait, écrit : « *Dans le premier cas, il s'agissait d'IRITIS compliquée d'hypopion ; dans le deuxième cas, d'une inflammation de l'œil droit* ».

— 1892 *MICHEL* (69) admet que le fait est encore prouvé par l'Iritis qui peut succéder à l'Arthrite.

— 1891 *LEOST* (65) dans sa thèse, cite comme manifestations rhumatismales : des blépharites, ténonites, conjonctivites fluxionnaires, kératites ; des épisclérites, qui annonceraient l'invasion prochaine de la diathèse rhumatismale (de WECKER).

— 1898 *DESVAUX* (27) rapporte à propos de la kératite, des observations de Médecine vétérinaire, de (1°) *WAGENMANN & HEUNICKE* (2°) *et PFLUGER*, d'agalaxie infectieuse ou fièvre mycotique rhumatismale où ils observent la succession des faits suivants : arrêt de la sécrétion lactée, puis KERATITE diffuse et, deux semaines après, localisations rhumatismales.

— 1901 *CABANNES* (16) étudie les KERATITES du Rhumatisme, interstitielle et ulcéreuse, et note « *dans la plupart des observations publiées, la Kératite est le phénomène dominant, unique en quelque sorte, de la manifestation oculaire du Rhumatisme.*

Il est des cas cependant où la Kératite étendue ou limitée est elle-même secondaire, soit à une sclérite ou à une iridochoroïdite, complication oculaire du Rhumatisme infiniment plus fréquente que la Kératite.

La Lecture des différentes observations parues, ajoute-t-il, *permet de se convaincre avec certitude de l'importance qu'occupe le Rhumatisme articulaire aigu, subaigu ou chronique dans l'étiologie de la Kératite interstitielle* ».

— 1902 *ROQUES* (93) dans sa thèse inaugurale, reprend l'étude de la KERATITE interstitielle dans le Rhumatisme, notamment, sans cependant apporter de notions nouvelles.

— 1904 *RICHARD KALISCH* (54) se donne pour but d'attirer l'attention sur les formes d'affections externes de l'œil qui sont distinctement rhumatismales.

Il cite :

— La BLEPHARITE marginale des jeunes adultes rhumatisants (qu'il oppose à la blépharite strumique) pouvant elle-même être à l'origine d'Entropions, d'Ectropions, d'Opacifications cornéennes et de troubles de la vue.

— L'ORGÉLET.
— Le CHALAZION.
— La CONJONCTIVITE bulbaire circonscrite.
— La KERATITE striée.

Il n'étudie ni les conjonctivites chroniques rhumatismales ou goutteuses, ni les Sclérotites et les autres affections oculaires dues au Rhumatisme qui sont, dit-il, bien connues et bien décrites.

— 1904 *NICOLAS* (74) attire l'attention sur une forme rare des manifestations oculaires de l'Arthritisme : « L'hyperphémie sclérale », dont il relève 29 observations dans la Littérature médicale et qu'il étudie après avoir rappelé les travaux de :

— *HUTCHINSON* 1890 (49) qui parle de « HOT EYE » à propos d'un cas puis d'attaques renouvelées de congestion de l'œil.

— *FUCHS* 1901 (37) qui publie 22 observations d'Episclérites périodiques fugaces.

— *TROUSSEAU A.* (104) donne 2 observations de « fluxion de la conjonctivite » (accident primitif sur l'œil, de la goutte et du Rhumatisme).

— *MOISSONNIER* (71) enfin, qui fait un tableau de l'Hyperhémie sclérale arthritique.

— 1905 *DESMONS* (26) revient après :

STOLL 1809, *CHOMEL* 1837, *MACKENZIE* 1856, *FERNET* 1855, *DOLBEAU* 1867, *GALEZOWSKI* 1870, *HUTCHINSON* 1875 et *BESNIER* 1876, puis *ABADIE* et *PANAS*, *PERRIN* 1882, *PANAS*, *TERRIER* 1884, *BURU-*

CUA 1884, *BOQUIN, TOUCHER* et enfin *MAUGUET* 1906 sur les conjonctivites rhumatismales (R.A.A.), et insiste plus particulièrement avec *MAUGUET* sur la notion de cause d'origine interne.

— 1910 *OHM* (79) rapporte le premier exemple de Kératite « en bandelette » associée à une polyarthrite infantile.

— 1915 *A. E. DAVIS* (23) cite parmi les affections de l'œil ayant une origine rhumatismale : les iritis, les épisclérites, les sclérites, les Kératites, les sclérokératites, les inflammations de la capsule de Tenon, les paralysies musculaires, les névrites optiques et même le glaucome.

— 1916 à 1923 *ERNEST IRONS et E . V. L. BROWN* (50) ainsi que l'Ecole américaine recherchent l'explication des localisations oculaires du Rhumatisme dans la notion d'une infection FOCALE.

— 1923 *W. GILBERT* (40). A propos des « Uvéites », aborde la question de l'Iritis récidivante rhumatismale ; ces récidives s'expliquant par des métastases répétées tandis que dans l'Iritis aiguë la métastase serait unique.

— 1928 *MULOCK HOUWER* (72) qui décrit une Kératite filamenteuse idiopathique bilatérale et chronique, trouve, dans plus de la moitié des cas, surtout chez les vieillards, une arthrite déformante des mains.

— 1928 *Gaston LAURES* (63) rapporte un cas de Spondylose rhizomélique à évolution ankylosante généralisée, dans lequel le sujet devient complètement aveugle, l'examen révélant une cataracte bilatérale avec reliquats de kératites antérieures superficielles, mais il ne donne aucun commentaire de cette localisation oculaire

— 1932 *E. ENROTH* (33) note sur 197 cas d'Iritis rhumatismale, répartis de 1922 à 1930, les conditions météorologiques de leur apparition.

Il conseille « un changement de climat comme devant être bienfaisant dans les cas d'Iritis rhumatismale ».

— 1933 *MARBAIX* (68), *VAN LINT, M. H. COPPEZ* rapportent des cas d'Iritis rhumatismale chez des malades atteints de Spondylose rhizomélique.

— *KUNZ* (59) admettant avec les ophtalmologistes dont *KRUCKMANN,* la rareté des Iritis en rapport avec l'Arthrose (Arthrite déformante), pense même que cette opinion doit être accentuée.

Pour lui, « *parmi les altérations de la colonne, nous devons présumer une relation avec l'Iritis, de celles-là seulement, de la Spondylarthrite ankylosante* ».

Il rappelle que plusieurs remarques ont été faites sur les Iritis par Spondylarthrite ankylosante par *FRANKEL, ANSCHUTZ, VONTZ, WERSHIG* et *ASSMANN.*

— 1893 *KRAUPA* (58) relate à son tour 4 cas d'Iritis aigüe chez des hommes jeunes ayant une ankylose vertébrale. Pour lui, la cause de l'affection serait à la fois bactérienne et constitutionnelle.

— 1933 *FUCHS* (38) pense que les paralysies du muscle orbiculaire sont rhumatismales, pour la plus grande partie d'entre elles ; cependant, la cause réelle n'est pas connue. Il indique le rhumatisme dans l'étiologie des Sclérites, de la Kératite sclérosante, des Episclérites.

— 1934 *J. VAN DER HOEVE* (106) décrit une affection rare : « la Scléromalacie perforante ». Des 4 cas qu'il publie, 3 sont associés à une polyarthrite chronique déformante.

— 1934 *C. T. EBER* (32) rapporte un autre cas de Scléromalacie, associée à des arthrites des mains, des coudes, des épaules, etc.

— 1935 *POPOVIC* (87) : L'Iritis, la Sclérite, la Ténonite de nature rhumatismale ne sont pas toujours métastatiques (secondaires) mais peuvent être aussi primitives, se compliquant ou non d'autres localisations ultérieures.

— 1936 *HOLM ELJER* (45) signale d'Iridocyclite et la Kératite en bandelette dans la polyarthrite infantile (maladie de STILL).

KURNICK, fait la même observation en 1942 (59 bis).

— 1936 *ASCHER K.* (5) relevant 27 cas d'Iridocyclite en rapport avec la Spondylarthrite ankylosante, décrite par les ophtalmologistes, y ajoute 4 cas personnels.

— 1936 PILLAT (85). Pour lui, les manifestations oculaires et les polyarthrites seraient toutes deux de nature tuberculeuse ; ou tout au moins, l'agent de la polyarthrite favoriserait le développement du B. K. dont l'action serait ensuite décisive. Il en donne pour preuve les complications survenant à l'occasion de l'Iritis rhumatismale, telles : les cataractes dystrophiques, *complications suspectes de tuberculose.*

— 1936 *J. RATEAU* (90) étudie une manifestation rare du Rhumatisme oculaire : « La Scléroténonite ».

— 1936 *BURIAN H.* (14) recommande avec *KUNZ* de recourir lors d'Iritis d'étiologie incertaine à une radiographie de la colonne.

— 1937 *F. A. KIEHLE* (55) rapporte une nouvelle observation de Scléromalacie où l'on trouve encore une fois une polyarthrite.

— 1937 *E. V. L. BROWN* (12) attire l'attention sur le fait que l'Iritis rhumatismale n'est pas spécifique.

— 1939 *TESCHENDORFF* (100) étudiant la Spondylarthrite ankylosante invoque, avec *ASSMANN*, son origine rhumatismale ; ce dernier, appuyant son opinion sur l'apparition simultanée de la Spondylarthrite ankylosante et d'une Iridocyclite d'origine indéterminée. Cette simultanéité des deux affections est également admise par *FRANCKEL, ANSCHUTZ, IRWEN, GRAMANN* et *WERHSIG*.

Il attire également l'attention des ophtalmologistes sur l'intérêt d'un examen radiologique systématique du rachis en présence d'Iritis d'origine indéterminée.

Plus près de nous, ce sont les travaux français :

— 1938 *H. LAGRANGE et GOULESQUE* (62).

— 1939 *DE SEZE, GUIOT et SERANE* (25).

— 1946 *COSTE, GAUCHER et LACAPERE* (22) qui s'attachent à déterminer la pathogénie de ces manifestations en rapport avec le Rhumatisme.

Nous grouperons enfin pour terminer cet HISTORIQUE les observations de :

— *G. HEUYER, HUREZ* et *COMBES* (18 Février 1941) (44) qui rapportent après *G. LAURES* un cas de cataracte bilatérale consécutive à une Iridocyclite d'origine métastatique, survenue à la suite d'une ostéoarthropathie chronique.

— *PAISSEAU* et *Melle DEBAY* (12 Avril 1941) (80) citant un troisième cas de cataracte cœxistant avec un rhumatisme chronique déformant.

— *M. LAMY, J. L. DESCHAMPS, Melle M. L. JAMMET* et *M. AUSSANAIRE* (18.3.47) (64) qui signalent une polyarthrite chronique déformante et ankylosante chez une enfant de 14 ans avec Iridochoroïdite compliquée de cataracte, développée 9 ans après le début de l'affection articulaire.

— 1945 *C. J. RUDOLPH* (95) dans une récente statitique portant sur 105 cas de R.A.A. ne relève que dans 9 cas seulement, une injection des vaisseaux profonds de la conjonctivite.

Mais il signale que dans 50% des cas, les malades ayant reçu des doses massives de Salicylate ou de Pénicilline, auraient observé des phénomènes oculaires décrits sous la forme de lueurs qui traversaient leur champ visuel.

Ces phénomènes étaient amendés par l'administration de bicarbonate ou le repos au lit.

Dans 20% des cas, il a noté une fatigabilité accrue de l'accommodation.

CHAPITRE II

ANATOMIE ET HISTIOLOGIE COMPAREES DE L'ŒIL ET D'UNE ARTICULATION.

Nous nous proposons dans ce chapitre, de rechercher par l'étude de l'Anatomie et de l'Histologie de l'œil, et d'une quelconque articulation, s'il existe dans ces deux éléments de l'organisme, des formations analogues, qui nous permettront de tenter ultérieurement une explication des manifestations oculaires du Rhumatisme.

Or L'ANATOMIE nous apprend que l'œil se meut sur l'aponévrose de Tenon comme une sorte d'énarthrose. Cette aponévrose est, d'après Tillaux, un diaphragme ou mieux une sorte de cupule qui reçoit dans sa concavité le globe de l'œil. Cette cupule présente deux faces ; dont l'une l'antérieure, concave, lisse et unie, moulée sur l'hémisphère postérieur du globe, qu'elle enserre lachement, l'autre, postérieure, d'où partent des prolongements fibreux, en rapport avec le tissu graisseux orbitaire. L'extrémité antérieure très évasée de cette cupule s'insère au pourtour de l'orbite où l'aponévrose est très résistante, tandis que la postérieure très étroite, entoure le Nerf optique à son entrée dans l'œil, se prolongeant à sa surface en se confondant avec le Névrilème.

Au moment où l'aponévrose se dirige vers le rebord orbitaire, une expansion s'en détache et va s'insérer sur le pourtour de la cornée, où elle est recouverte par la conjonctive.

Les muscles droits, par leur partie tendineuse, joueraient eux-mêmes le rôle de ligaments. Ils ne traversent pas l'aponévrose, ils la déprimen en doigt de gant et vont s'insérer au voisinage du pourtour de la cornée, à environ 2 millimètres de la périphérie cornéenne. Cette notion permet de comprendre que le « Bouton d'Episclérite » ne confine pas au pourtour de la Cornée.

L'ANATOMIE COMPAREE, nous montre que cette articulation, à l'état imparfait chez l'homme, existe sous une forme plus complète chez certains poissons de l'ordre des Sélaciens ou des Plégiostomes ; chez ces derniers notamment, l'œil est même véritablement articulé sur une tige cartilagineuse ; en outre, dans la pulpart des classes de vertébrés, la portion postérieure de la Sclérotique est cartilagineuse. Il y aurait donc là, dans l'expansion fibreuse qui se rend de l'Aponévrose orbitaire au pourtour de la cornée, une sorte de capsule articulaire ; tandis que les muscles représenteraient de véritables ligaments dans cette articulation. Nous verrons notamment au chapitre III, dans certains cas de Rhu-

matisme, localisé aux muscles de l'œil, que si l'on exerce une pression sur le point où se trouve le tendon du muscle affecté, après avoir fait fermer les paupières, on provoque une douleur (108). Ce fait nous rapprocherait encore de la séméiologie rhumatismale, où une douleur peut être décelée justement au niveau des insertions des ligaments articulaires. C'est ce que M. P. WEIL a consacré par le terme généralement adopté en Rhumatologie de « MAL DES INSERTIONS ».

Mais l'analogie oculo-articulaire ne se borne pas à cela seulement, et si BERGER (3) assimile la cornée au cartilage articulaire, l'étude anatomique nous permet encore de reconnaître par exemple, dans la région ciliaire (cette bande sclérale circulaire qui constitue l'angle camérulaire irido-cornéen, le muscle et les procès ciliaires), une structure semblable à ce que nous pouvons voir au niveau de la synoviale après son ouverture. C'est ainsi que les « franges ciliaires » peuvent être assimilées aux villosités synoviales. Et, de même que la synoviale élabore la synovie, la choroïde et la région ciliaire, président à la production de l'humeur aqueuse que l'on voit sourdre au niveau des innombrables franges ciliaires ; et ce, quelle que soit la théorie admise quant à l'origine de cette humeur (secrétion glandulaire, filtrat ou dialysat) (103).

Voyons maintenant quels renseignements peut nous fournir l'ETUDE HISTOLOGIQUE.

M. de SEZE, GUIOT et *SERANE*, étudiant la pathologie articulaire écrivent notamment : (25) « L'Histologie démontre ce que l'embryologie du système articulaire laissait prévoir — une cavité articulaire, c'est une cavité conjonctive, et sa paroi, c'est la synoviale. Très variable dans son aspect, cette membrane synoviale est faite ici de tissu fibreux, là de tissu adipeux, là encore de tissu aréolaire riche en cellules. Mais dans tous les cas, elle est constituée de tissu conjonctif, comme le prouvent les caractères cellulaires, l'existence d'un stroma intercellulaire, caractéristique de ce tissu, avec ses différentes fibres collagènes, élastiques, réticulées, sa substance fondamentale, sa vascularisation sanguine et lymphatique. Il n'y a pas d'épithélium à proprement parler ; les groupements cellulaires que l'on voit à sa surface sont discontinus et baignent dans cette substance intercellulaire si spéciale.

Dans cette région conjonctive, nous voyons le système lacunaire d'Achard, représenté spécialement par cette « *cavité close distincte des cavités vasculaires, lymphatiques et sanguines* » et contenant la synoviale transudée.

Nous y trouvons également un plan réticulo-endothélial — un conjonctif histiocytaire — représenté essentiellement par cette région de la synoviale qui a adopté un type aréolaire riche en cellules. La villosité synoviale est, de ce

point de vue, une région bien différenciée avec son axe central constitué par un tissu conjonctif plus ou moins abondant et bien vascularisé, revêtu de nombreuses cellules histiocytaires qui reposent sur une trame réticulée.

Ces cellules ont, morphologiquement et fonctionnellement, les attributs de l'Histiocyte banal : elles phagocytent, elles fixent, elles se mobilisent, elles métabolisent. Les Bactéries peuvent être incorposées par elles ; les colorants vitaux doués d'une certaine finesse micellaire arrivent à les colorer ; dans certaines conditions, en même temps, que se développent leurs propriétés pexiques, leur pouvoir migrateur s'affirme.

Nous sommes bien en terrain conjonctif et il est certain que ce que l'on appelle le tissu réticulo-endothélial plus exactement le *plan fonctionnel réticulo-endothélial a bien son territoire articulaire* ».

L'ETUDE CYTOLOGIQUE de la Synovie (95 bis) montre que le tissu réticulo-histiocytaire donne à cette synovie normale des éléments cellulaires qui résultent du détachement et des métamorphoses régressives que subissent les cellules émanées ou dérivées de ce tissu. Le tissu réticulo-histiocytaire est le siège d'échanges entre la circulation générale et l'articulation, et vice-versa.

Quelques éléments de la synovie normale ont un aspect endothéliforme. Le polymorphisme des cellules du liquide synovial normal est dû au passage d'éléments venus de la synoviale et plus particulièrement des zones riches en cellules stratifiées à leur surface.

Certaines des cellules histiocytaires monocytoïdes de la synovie captent les colorants vitaux et aussi l'argent colloidal, comme les cellules réticulo-histiocytaires fixées ou libérées ; raison de plus pour considérer les cellules de la synovie normale comme dérivées, pour la plupart, du tissu réticulo-histiocytaire marginal.

Voyons donc maintenant si, au niveau de l'œil et de ses annexes, il existe aussi des éléments d'origine mésenchymateuse qui conserveraient dans l'organisme les fonctions primordiales du mésenchyme embryonnaire. Ces éléments sont représentés par le tissu réticulo-endothélial, dont les cellules — nous l'avons vu à propos de la synoviale articulaire — ont la propriété de se multiplier, d'évoluer, non seulement en fibroblastes, mais encore de donner naissance aux différents types de cellules sanguines susceptibles de se différencier ultérieurement.

Le S.R.E. (système réticulo-endothélial) représenterait « *une forme que revêt le conjonctif, lequel se garde la faculté d'un battement dans ses modifications histiocytaires* » (MERKLEN).

Après coloration vitale au carmin lithiné, les cellules du S.R.E. oculaire, montrent le même polymorphisme qu'on leur connaît dans le reste de l'organisme, variant de forme ou de taille selon les lieux où on les observe, se chargeant de grains de carmin de plus en plus nombreux et de plus en plus grands.

LE TRACTUS UVEAL

est le représentant principal du S.R.E. ; cependant le nombre de cellules réticulo-endothéliales (C.R.E.) y est très variable suivant ses parties constitutives, malgré qu'il soit d'origine exclcusivement mésenchymateuse.

— C'est ainsi que la CHOROIDE présente peu de cellules colorées dans la membrane de Henlé ; celles-ci étant au contraire plus abondantes dans la couche des gros vaisseaux où on les voit s'insinuer entre les travées conjonctives et se grouper de préférence en amas périvasculaires.

— le SUPRACHOROIDE est plus pauve en C.R.E.

— Dans la REGION CILIAIRE, la coloration vitale se montre extrêmement intense au niveau du corps ciliaire où les cellules R.E. se trouvent dans le Lamina supra ciliaris et surtout dans le stroma conjonctif des procès ciliaires.

— Le MUSCLE CILIAIRE et l'EPITHELIUM de revêtement des procès ciliaires sont dépourvus de C.R.E.

— Tandis que l'Epithélium antérieur de l'Iris ne prend pas part à la coloration, le *STROMA IRIEN* apparaît littéralement bourré de C.R.E.

Dans le CRISTALLIN, L'HUMEUR AQUEUSE et le *VITRE* aucune coloration n'est décelable, ainsi que dans la *RETINE* et le *NERF OPTIQUE. BLOTEVOGEL,* cependant, utilisant de très jeunes souris, a trouvé dans les couches internes de la Rétine, dans les cloisons conjonctives du Nerf Optique, dans l'endothélium postérieur de la cornée, dans le Stroma Irien et même dans le Corps vitré, en arrière du Cristallin et au voisinage des Procès ciliaires, des grains athrocytés (l'athrocytose étant le pouvoir pour les cellules d'accumuler dans leur cytoplasme des substances diver-

ses, dissoutes ou en suspension fine, tels que le bleu trypan, le rouge neutre, le carmin ou l'encre Chine...) — (10 ter).

En ce qui concerne l'HUMEUR AQUEUSE, par l'étude du liquide lacunaire de l'œil, au moyen de la « *ponction diagnostique de la Chambre antérieure* » qu'il pratique systématiquement depuis 6 ans *AMSLER* apporte des données extrêmement intéressantes sur le chimisme de cette humeur et sur sa cytologie (3).

C'est ainsi qu'il identifie dans l'Humeur aqueuse toute une série d'éléments figurés :

— *des cellules de la série sanguine :* leucocytes, polynucléaires, érythocytes, lymphocytes ;

— *des cellules tissulaires différenciées,* provenant par desquamation, de tissus et d'organes baignés par l'humeur aqueuse, notamment de l'endothélium cornéen de l'Iris.

— *de grandes celluies réticulo-endothéliales,* issues du Conjonctif histiocytaire dont le potentiel est activé par l'inflammation ;

— *des cellules polymorphes lymphocytoïdes ou monocytoïdes,* dont l'origine est incertaine mais très probablement tissulaire ; des fragments de syncytium à plusieurs noyaux, et enfin souvent, en très grande quantité, des débris cellulaires méconnaissables.

L'auteur insiste sur les phénomènes de Phagocytose microbienne, et il a pu observer dans 20% des cas d'Iridocyclites chroniques, de grandes cellules réticulo-endothéliales, ayant phagocyté des coques d'identification d'ailleurs fort difficile.

ENVELOPPES EXTERNES DE L'ŒIL.

— La SCLEROTIQUE, constituée comme la Choroïde, l'Iris et le Corps ciliaire, à partir du feutrage mésenchymateux recouvrant la vésicule optique secondaire (future rétine) renferme peu de cellules R.E.

— La CONJONCTIVITE BULBAIRE recouvrant en avant la Sclérotique est plus riche en C.R.E. qui se cantonnent dans le chorion, se groupant autour des vaisseaux de la couche

moyenne superficielle et plus particulièrement vers le limbe cornéen (64 Bis).

— La CORNEE est dépourvue de C.R.E.

ANNEXES DE L'APPAREIL OCULAIRE :

— Les PAUPIERES présentent la même abondance en C.R.E. que l'Uvée. les éléments colorés étant rares dans les couches épidermiques, plus abondants dans la couche basale et très nombreux au niveau du Stroma axial conjonctif.

— Le MUSCLE ORBICULAIRE et le TARSE en sont dépourvus.

— Les GLANDES DE MEIBOMIUS se colorent intensivement et les cellules carminophiles se groupent en cercle autour des éléments glandulaires.

— La CONJONCTIVE PALPEBRALE est aussi riche en C.R.E. que la conjonctive bulbaire ; on les y trouve en couronne autour des glandes sébacées et sudoripares qui débouchent entre les cils.

— Enfin, dans les GLANDES LACRYMALES et de *HARDER*, les C.R.E. sont extrêmement nombreuses.

Nous pouvons donc pour nous résumer, rapporter la conclusion de l'étude de Melle BERTSCH (7) à laquelle nous avons fait de larges emprunts « *Le S.R.E. est largement représenté dans les diverses membranes de l'œil. Les C.R.E. y ont leur siège constant dans le tissu d'origine mésenchymateuse. A l'état normal, elles ne pénètrent jamais dans les tissus d'origine ectodermique tels le cristallin, la rétine, le Nerf optique et les épithéliums de revêtements de la muqueuse conjonctivale, du tractus uvéal des glandes sébacées, sudoripares et lacrymales. La cornée en est également dépourvue, fait dû, sans doute, à la haute différenciation du tissu mésenchymateux.*

Les C.R.E. sont au contraire extrêmement abondantes dans le Stroma conjonctif du Corps ciliaire, de l'Iris et de la Choroïde. Elles sont un peu moins nombreuses dans le tissu de soutien des glandes lacrymales, sébacées, et sudoripares, adns le tissu adénoïde des conjonctives bulbaires et palpébrale. Elles deviennent tout à fait rares au niveau de la Sclérotique et de la gaine du Nerf optique ».

Le S.R.E. a donc bien aussison « *territoire oulaire* » et nous avons même remarqué sa nette prédominance dans

⁂

la région ciliaire au niveau des franges qui constituent les procès. Or, cette structure est en tout point comparable à celle de la villosité synoviale et de la synoviale elle-même : Elle nous aide donc, par le secours de l'Histologie, à rapprocher encore davantage l'œil et l'articulation, et nous avons vu se confirmer par l'étude cytologique de la synovie et de l'humeur aqueuse (cette dernière grâce à la ponction camérulaire d'AMSLER), le rapprochement que nous tentons ; puisque dans l'une et l'autre, on retrouve des *éléments endothéliformes* doués des propriétés athrocytaires du tissu Réticulohistiocytaire et dont l'importance s'accroît au cours de l'inflammation (3).

Nous développerons au chapitre pathogénique, l'intérêt de ces notions et les hypothèses qu'elles permettent. L'œil apparaît donc comme une articulation un peu particulière « *articulation déroulée* » a-t-on pu dire ; et s'il ne constitue pas à proprement parler une véritable articulation, il s'en rapproche cependant par plusieurs faits, dont sa constitution histologique n'est pas le moindre.

CHAPITRE III

AFFECTIONS OCULAIRES RENCONTREES DANS LE RHUMATISME.

Les manifestations oculaires qui relèvent du RHUMATISME sont nombreuses et variées ; elles affectent de préférence les membranes de l'organe de la vision. Mais, si la nature rhumatismale de ces manifestations n'est mise en doute par personne, on peut dire avec BESNIER « *que la Science n'a pas ennore pu marquer ou définir les circonstances dans lesquelles c'est bien le Rhumatisme qui agit et non toute autre diathèse* » (9).

Notons cependant, que le rhumatisme n'est pas toujours cause des manifestations qu'on lui impute, parce que le froid est intervenu comme cause déterminante ou favorisante.

Si nous admettons que l'on doive restreindre le champ du Rhumatisme oculaire, nous ne sommes pas d'accord avec E. SOULIER (28) lorsqu'il affirme que la « *dénomination rhumatismale ne serait qu'un pis aller ; le Rhumatisme ne retenant que les cas qu'on ne sait où loger, comme un compartiment commun d'attente, d'où, tôt ou tard on les ôtera quand on aura trouvé leur naturelle destination* ».

On parvient actuellement à restreindre le champ du Rhumatisme oculaire, toutefois la délimitation de son domaine reste difficile à établir, car les phénomènes arthritiques présentent avec les manifestations rhumatismales des rapports si positifs, qu'il est impossible de les séparer radicalement et le plus souvent de déterminer la part qui revient à chaque diathèse comme génératrice des affections oculaires.

Il en est de même pour les manifestations abarticulaires, l'interprétation de leur étiologie n'est pas souvent aisée ; leurs rapports avec le Rhumatisme, en beaucoup de cas, sont difficiles à mettre en relief, et n'ayant aucune raison de les nier, on se voit obligé pour les admettre, de consulter l'hérédité, l'état antérieur et l'état constitutionnel du sujet.

Quelquefois, on se trouve en présence de faits plus embarrassants encore à expliquer : on lira des observations dans lesquelles les malades n'ont jamais présenté, dans leurs antécédents, soit personnels, soit héréditaires, des traces de la diathèse rhumatismale et cependant leur affection oculaire a parfaitement guéri par une médication anti-rhumatismale.

— Que conclure de ces observations ?

— Est-on en droit de rejeter absolument l'action du Rhumatisme ?

— Est-on en droit d'admettre son influence sans plus de preuves que celles de la médication, selon l'adage "*Naturam morborum ostendunt curationes ?*"

Comme on le voit, le champ du RHUMATISME est très vaste et sa délimitation très difficile.

Avant d'aborder l'étude des diverses manifestations rhumatismales, précisons que le terme de RHUMATISME englobera ici l'ensemble des manifestations rhumatismales, sans préjuger de l'aspect clinique que revêtira l'une ou l'autre forme. Nous signalerons chaque fois qu'il nous sera possible de le faire, la forme de rhumatisme à laquelle pourra être imputée telle ou telle affection de l'œil.

1 — *PAUPIERES.*

Au niveau des paupières, le Rhumatisme va pouvoir être cause : de blépharites dites marginales des jeunes adultes ; d'orgelets et de chalazions récidivants.

I — BLEPHARITES :

La forme de blépharite marginale avec laquelle nous sommes le plus familiarisés est celle qui survient chez l'enfant au-delà de l'âge pubertaire. Elle est habituellement associée à la diathèse strumique.

La variété imputable au Rhumatisme est différente, en ce qu'elle survient au début de la vie de l'adulte, entre 18 et 25 ans, se prolongeant quelquefois jusqu'à la 35ème année.

Elle est toujours bilatérale, dès le début, mais contrairement à ce que l'on observe chez l'enfant, il n'y a ici aucune atteinte de la structure adjacente ; l'inflammation restant localisée aux rebords des paupières, sans jamais empiéter sur la peau ou la conjonctive voisines. En outre, cette Blépharite rhumatismale est susceptible de s'accompagner d'un peu de Photophobie, tandis que la poussière, le vent, le froid produisent parfois une irritation gênante et ennuyeuse ; la vue cependant est rarement contrariée.

Les rebords palpébraux sont rouges, enflés, éversés ; et il y a augmentation de la sécrétion sébacée recueillie aux racines des cils, celle-ci formant avec les cellules épithélisles exfoliées des écailles et des croûtes sous lesquelles existent des excoriations superficielles et profondes, dont la guérison produit souvent une distorsion extrême des paupières.

Les défauts de réfraction et le déséquilibre musculaire agissant séparément ou conjointement, sont bien capables de produire les mêmes phénomènes ; mais dans ce cas, l'examen de la vue, révélant l'anomalie, permet une prompte correction des défauts, et partant, la disparition de la Blépharite.

S'élevant contre « l'agnosticisme étiologique et le nihilisme thérapeutique » des auteurs qui proclament que cette Blépharite rhumatismale est « plus ou moins constante, sans cause connue et avec de minces possibilités de traitement »,

KALISCH (54) affirme qu'un traitement spécifique antirhumatismal complet — médical et diététique — renforcé, triomphe habituellement de cette manifestation et se termine par une récupération.

Cet auteur insiste notamment sur la nécessité d'un diagnostic étiologique précoce en raison de l'éventualité : d'abord d'*ectropion,* ou plus tard d'*entropions cicatriciels* pouvant déterminer même des ulcérations cornéennes.

II — ORGELETS :

Accompagnant l'inflammation des paupières ou survenant indépendamment des troubles palpébraux, les orgelets sont extrêmement douloureux, tandis que la rougeur ou l'enflure concomitantes sont très considérables, souvent hors de proportion avec l'extension et la gravité de l'affection.

Ces orgelets ne sont pas seulement *multiples,* mais souvent *récidivants,* — c'est justement là le caractère principal des orgelets rhumatismaux, surtout lorsque aucune anomalie optique ne sera décelée, et que l'on aura éliminé l'irritation locale par la poussière, la chaleur ou le froid.

III — CHALAZIONS :

De l'orgelet au chalazion, il n'y a qu'un pas ; le premier, étant l'inflammation aiguë du follicule pileux et des tissus environnants, le second, une inflammation chronique de la glande méibomienne, rarement accompagnée de douleur. Les Chalazions ont été considérés comme des kystes de rétention, mais il a été démontré qu'un processus inflammatoire, véritable, suivait ou coïncidait avec l'obturation de l'orifice glandulaire.

Lorsque le Chalazion devient RECURRENT, il est alors distinctement de type rhumatismal.

Une observation de KALISCH illustre la relation entre Chalazion et Rhumatisme (54).

OBSERVATION (Kalisch)

Le patient avait été opéré 9 fois pour chalazion. Il conservait 3 petites tuméfactions palpébrales. Pris subitement de fièvre rhumatismale (sa première attaque) et traité immédiatement, il observa une guérison de son attaque rhumatismale en même temps que les tumeurs palpébrales disparaissaient entièrement.

Quelques mois après, un petit chalazion apparut sur la paupière. Traitement anti-rhumatismal immédiat et application de pommade au Précité blanc (massage). *Disparition.* Les applications locales de pommade ne semblent pas avoir été cause de la guérison ; elles sont appliquées systématiquement pour toute tumeur à opérer.

⁂

Notons cependant avec l'auteur, que le Chalazion n'est pas toujours d'origine rhumatismale ; car dans sa Genèse on relève fréquemment l'occlusion mécanique ou inflammatoire du conduit glandulaire ; le froid, la poussière, les brûlures, les Blépharites chroniques et les anomalies optiques, agissant comme causes déterminantes ou simplement favorisantes des Chalazions.

Ne peut-on voir un élément d'explication de ces Blépharites, dans la présence de colonies notables de cellules Réticulo-endothéliales, plus spécialement sur la marge palpébrale, ces colonies étant plus particulièrement groupées autour des cils et des orifices des glandes sébacées et sudoripares. De même pour les Chalazions, puisque les glandes de Meibomius et le stroma palpébral sont riches en éléments carminophiles réticulo-endothéliaux.

Il reste bien entendu que la qualité RHUMATISMALE ne sera posée fermement que lorsque l'on aura recherché et corrigé les vices de réfraction, l'irritation locale par les poussières, la chaleur ou le froid. Dans certains cas, l'épreuve du traitement sera un argument supplémentaire.

2 — *CAPSULE DU TENON.*

TENONITE :

La Ténonite ou inflammation de la Bourse séreuse rétroculaire s'accompagne selon MOOREN de :

— gêne des mouvements du globe,
— protrusion légère de l'œil,
— soulèvement chémotique transparent de la conjonctive.

SŒLBERG, WELLS, O' FERRAL et MACKENZIE reconnaissent l'origine rhumatismale de la Ténonite. On la rencontrerait spécialement chez l'adulte, mais aussi chez l'enfant et le vieillard.

D'après PUECHAGUT, la ténonite primitive reconnaîtrait le Rhumatisme comme presque seule cause. Cet accident serait avec l'Iritis, l'Iridochoroidite et la Sclérotite une des plus fréquentes manifestations oculaires du Rhumatisme (89).

La diathèse rhumatismale agirait sur « *l'articulation particulière* » — que représente l'œil (la cupule et la Sclérotique représenteraient des ligaments fibreux) — comme sur les autres articulations en général.

Le Substratum histologique de la Sclérotique et de la capsule du TENON, d'une part, des tendons, des aponévroses et des ligaments d'autre part, est formé *de tissu conjonctif élastique* ; ce substratum est donc identique ; ceci nous permet de supposer que le même processus pathologique manifestant son action au niveau des articulations, pourra agir également sur des éléments de constitution analogue, donc sur les membranes oculaires (POPOVIC 87).

3 — *CONJONCTIVES.*

CONJONCTIVITES :

Les auteurs s'accordent généralement à reconnaître que le Rhumatisme puisse provoquer des manifestations conjonctivales. Cependant le nombre et la fréquence même des conjonctivites rhumatismales que l'on relève dans la Littérature médicale nous incite à penser qu'il y a là une part d'exagération, beaucoup d'entre ces conjonctivites étant simplement imputables à des causes externes et plus spécialement à l'action du froid.

Pour BURUCUA (15) les conjonctivites se présenteraient sous divers aspects : *la forme catarrhale simple*, bénigne et essentiellement passagère ; *la forme aiguë* qui s'accompagne d'une sécrétion muco-purulente et de phénomènes inflammatoires pouvant faire penser à une ophtalmie purulente ; parfois il s'agit d'une *conjonctivite folliculaire* ou *Catarrhe sec.*

D'après FERNET (34) le Rhumatisme peut se déterminer sur la conjonctive, et y donne lieu soit à une congestion simple caractérisée par de la rougeur, soit au développement de papules, de vésicules, soit à un chémosis séreux produit par l'œdème actif du tissu sous-muqueux.

Cette forme éruptive rappelle la description faite par STOLL sous le nom d'OHPTALMIE SEREUSE à laquelle cet auteur reconnaît une origine rhumatismale.

La conjonctivite rhumatismale se distinguerait néanmoins, par un œdème énorme dû à l'infiltration séreuse du tissu sous-conjonctival, amenant une congestion vive de la conjonctive.

A l'inverse de la Conjonctivite catarrhale, on note ici une *DOULEUR INTENSE*, en tous points comparables aux douleurs articulaires.

Cette conjonctivite serait en outre d'une mobilité étonnante. Elle récidiverait fréquemment, se prolongeant chez certains sujets des années durant, et ne disparaissant que par petits intervalles. Cette conjonctivite tenace serait l'apanage du Rhumatisme chronique selon Besnier. Souvent bénigne, cette conjonctivite rhumatismale présente parfois des complications du côté des autres membranes de l'œil.

L'observation de TERRIER (99) permet d'illustrer cette proposition.

***

Le 25 Décembre 1880, chez une femme dont les parents étaient tous rhumatisants, accident de R.A.A. avec en même temps *conjonctivite catarrhale* plus intense à gauche qu'à droite ; 6 jours après les accidents rhumatismaux aigus persistent encore tandis que la conjonctivite décroît à gauche et augmente à droite.

Le 1er Janvier 1881 : détente de l'état général et local (articulations et yeux) l'Hypérémie des conjonctivites persiste cependant, et même augmente le 7 Janvier, tandis qu'une poussée rhumatismale se manifeste.

Le 12 Janvier 1881 : *Kératite* de l'œil gauche qui s'amende peu à peu.

Le 21 Janvier : *Kératite* de l'œil droit.

Le 25 Janvier : *Iritis exsudative* à gauche d'une durée de 4 à 5 jours.

Le 31 Janvier : *Iritis exsudative* à droite s'amendant vers le 11 Février et reparaissant le 18 Février, en même temps qu'une nouvelle attaque de R.A.A.

Fin Février : amélioration de tous accidents.

Fin Mars : disparition.

***

A côté de cette forme, nous décrirons ce que KALISCH dénomme la CONJONCTIVITE BULBAIRE CIRCONSCRITE parce qu'elle est localisée à la conjonctive du globe, n'atteignant jamais la conjonctive palpébrale. Cette conjonctivite affecterait une moitié des globes, de préférence la portion nasale.

La sécrétion lacrymale est aqueuse, peu profuse et jamais purulente ou mucopurulente. Cette forme serait surtout provoquée par l'action du froid.

Notons enfin les deux communications de *PERRIN* en 1882 (84) puis 1883, où cet auteur rapportait un ensemble de 6 cas de conjonctivite aiguë purulente, survenant chez des sujets rhumatisants, mais indemnes de toute blennorrhagie.

Cette ophtalmie purulente diffère de la conjonctivite catarrhale simple, car si celle-ci est essentiellement bénigne, celle-là ne pardonne jamais et fait des aveugles, si on n'intervient pas énergiquement. La thèse de DESMONS en renferme de nombreuses observations.

***

Nous devons signaler que dans le cours de cette étude, c'est le RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU que nous avons surtout rencontré à la base des conjonctivites que nous avons décrites. Le rapport entre ces deux ordres de faits apparaissant surtout comme certain, lorsque le sujet aura présenté récemment des manifestations Rhumatismales ou mieux qu'il sera en pleine période de Rhumatisme.

Il reste entendu cependant qu'en dehors de ces cas de manifestations rhumatismales nettes, le sujet atteint de rhumatisme articulaire aigu n'est pas à l'abri d'une conjonctivite banale simple.

Enfin, en présence d'une conjonctivite, il sera bon pour songer à sa nature rhumatismale, de l'avoir d'abord distinguée de la Conjonctivite catarrhale simple en se basant sur les antécédents rhumatismaux nets personnels ou héréditaires du malade.

D'après HUTCHINSON, les enfants de goutteux seraient prédisposés aux maladies inflammatoires de l'œil, aux Blépharites, aux conjonctivites.

4 — *SCLEROTIQUE.*

La Sclérotique participe aux altérations de la Choroïde (DE WECKER) ; mais en dehors de toute affection de la cornée ou de la Choroïde, la Sclérotique seule peut être affectée.

Le Rhumatisme se localisant de préférence sur les tissus fibreux on pourrait croire que la Sclérotique, grâce à sa structure éminemment fibreuse serait un siège de prédilection. Cependant la Sclérite pure, l'inflammation localisée à la membrane scléroticale est assez rare, le plus souvent le tissu sous-conjonctival prenant part à l'inflammation.

FERNET indique que le RHUMATISME FIBREUX envahit les parties fibreuses péri-articulaires, les aponévroses, le périoste et les membranes fibreuses qui entourent les viscères, ou entrent dans la composition des organes, comme la dure-mère ou la *Sclérotique.*

I. — SCLEROTITE :

Selon lui, il serait commun de voir la fluxion rhumatismale se produire sur les membranes de l'œil déterminant la sclérotite, l'Iridochoroïdite, etc....

Cette sclérotite est étudiée en détail par PRIVE (88) qui affirme qu'elle serait le seul critérium que nous ayions pour établir la nature rhumatismale d'une inflammation des enveloppes externes de l'œil.

On peut contester l'origine rhumatismale de cette sclérotite, mais ceci tiendrait dans l'immense majorité des cas, à ce que l'on écarte trop facilement l'étiologie rhumatismale, simplement parce que dans les antécédents on n'a relevé aucune manifestation articulaire. Mais on ne mentionne pas la plupart du temps l'absence ou la présence possible *d'autres manifestations* [illegible] : la chorée, le lumbago, le torticolis....

Cette sclérotite rhumatismale peut se présenter sous 3 formes : aiguë, subaigue ou chronique. Chacune de ces formes ayant ses caractères propres. C'est ainsi que les caractères du rhumatisme aigu des membranes externes de l'œil seraient : la violence des douleurs, le peu de permanence des lésions anatomiques, la durée relativement courte de l'affection.

La sclérotite subaiguë présenterait des douleurs, moindres, des lésions anatomiques plus graves et plus persistantes, une durée relativement longue de l'attaque avec de fréquentes complications.

Enfin, le rhumatisme chronique de la sclérotique surviendrait chez des sujets âgés de 40 à 70 ans, son invasion, sa marche seraient lentes ; il cœxisterait fréquemment avec le RHUMATISME NOUEUX.

Sous le nom général de SCLEROTITE, PRIVE confond les lésions du tissu scléral et épiscléral, en une seule maladie, à laquelle viennent s'ajouter les processus inflammatoires affectant l'aponévrose de TENON, les muscles, la conjonctive....

Cette manifestation se compliquerait de KERATITE ou d'IRIDOCHOROIDITE (donnant la Sclérochoroidite antérieure).

Toutefois, la Sclérotique peut être atteinte isolément et *CAMPART* (17) insiste sur l'existence d'une forme d'Episclérite indépendante d'une inflammation des membranes internes de l'œil. Cette Episclérite serait essentielle et n'entraînerait pas fatalement de complications du côté des membranes internes.

II — EPISLERITE ET SCLERITE :

L'Episclérite, la sclérite rhumatismale ou goutteuse ne présentent rien de particulier ; ce n'est, comme nous l'avons vu déjà, par ailleurs, que par le succès de la thérapeutique spécifique, ou par la recherche soigneuse des antécédents, que leur nature est prouvée (E. LAGRANGE (62 Bis).

Ces manifestations, surtout l'épisclérite se rencontreraient plus souvent à l'âge adulte, entre 30 et 50 ans, que chez des sujets jeunes, et les personnes qui en sont affectées se plaindraient souvent et surtout de RHUMATISME CHRONIQUE ou présenteraient, mais moins fréquemment, de véritables attaques de GOUTTE.

⁂

OBSERVATION (POPOVIC 87)

L'auteur dit avoir observé un cas de *Sclérite chez* un malade âgé de 41 ans, dont l'œil gauche était devenu rouge et douloureux le 18 Avril 1930.

— Le 24 Avril, les articulations devinrent à leur tour douloureuses, cette douleur disparut en 24 heures, sans avoir laissé ni rougeur, ni tuméfaction. La patiente n'avait jamais présenté du Rhumatisme auparavant.

— Le 24 Mai 1930, une inflammation oculaire s'installa et l'auteur put diagnostiquer certainement une sclérite. A cette période, la sclérite était peu à peu réduite, et alla en s'améliorant les jours suivants.

⁂

Pour beaucoup d'auteurs la Sclérite, l'Episclérite suivraient ou même précèderaient les altérations articulaires ; si bien que leur présence chez un sujet sain annoncerait l'invasion prochaine de la diathèse rhumatismale.

III. — HYPEREMIE SCLERALE :

Dans cette partie de notre exposé, nous voulons aussi signaler, au titre des manifestations de l'Arthritisme et de la diathèse rhumatismale, *l'hyperemie sclérale*, décrite successivement par HUTCHINSON, FUCHS, TROUSSEAU, MEISSONNIER et NICOLAS.

Elle est caractérisée par une hyperemie sclérale et conjonctivale, de la gêne oculaire, du larmoiement, de la photophobie ; les malades se présentant les « yeux à demi-fermés, cachés par leur mouchoir, la tête inclinée à terre, et regardant leurs pieds ».

D'une durée moyenne de 8 jours, les crises d'hyperemie sclérale surviennent plusieurs fois chez le même malade à intervalles plus ou moins rapprochés, et pendant plusieurs années parfois, en l'absence d'un traitement intensif et persistant.

IV — SCLERO-TENONITE :

C'est une manifestation rare et qui paraît nettement d'ordre rhumatismal (aigu). Elle a été décrite par J. RATEAU (90).

Il s'agirait là selon P. J. PETIT, d'une forme mixte de sclérite et de ténonite séreuse (105).

⁂

OBSERVATION (103)

Un jeune homme de 20 ans, présente une sclérotique rouge vineux aux deux yeux avec de vives douleurs, un léger chémosis, de la gêne dans les mouvements oculaires. De la température 38°5 survient ensuite, en même temps qu'une atteinte de R.A.A. Régression de la scléro-ténonite en 4 jours ; après 6 jours, le R.A.A. avait également disparu.

La Scléro-Ténonite réapparaissait durant 2 jours, puis elle disparaissait. Acuité visuelle normale. Traitement salicylé.

M. PETIT donne une observation semblable concernant un homme de 65 ans, ayant eu un R.A.A. sévère à l'âge de 20 ans.

V — SCLEROMALACIE PERFORANTE :

Affection décrite en 1934 par J. VAN DER HŒVE (106) elle consiste dans l'apparition de solutions de continuité, de véritables « trous » dans la sclérotique où l'Uvée se trouve soit recouverte par la conjonctive, soit à nu.

Il est remarquable de noter que, sur les 4 observations de VAN DER HŒVE, 3 de ses sujets, des femmes âgées, étaient atteints de POLYARTHRITE RHUMATISMALE CHRONIQUE.

— 1er cas : ankylose totale ou partielle des articulations

— 2ème cas : arthrite déformante

— 3ème cas : ankylose généralisée.

VAN DER HŒVE sépare notamment les cas avec arthrite et ceux qui existent isolément, pour en faire 2 formes différentes.

Il y aurait à l'origine de ces deux formes, une même cause : une prédisposition constitutionnelle à la Polyarthrite et à la Scléromalacie (PETIT 103).

Dans un cas signalé par C. T. EBER (32) on relève chez un homme cette fois, âgé de 65 ans, la présence d'Arthrite des mains, des coudes, des épaules, des genoux.

F. A. KIEHLE publie enfin une nouvelle observation de cette affection particulière et y signale la coïncidence avec une polyarthrite déformante. (55)

5 — *UVEE.*

La localisation du Rhumatisme au niveau de l'UVEE donne lieu aux manifestations les plus fréquentes et les mieux connues de cette diathèse. Il est en effet classique de signaler dans le cours des Rhumatismes aigüs, subaigüs ou chroniques des Iritis, des Irido-Cyclites des Irido-Choroidites.

C'est dans un but simplement didactique que nous nous proposons d'étudier ces manifestations d'après la région de l'Uvée, qu'elles atteignent avec prédilection ; car, s'il arrive en clinique d'observer des Iritis, des Cyclites ou des Choroïdites rhumatismales à l'état isolé, c'est le plus souvent une atteinte étendue de tout le tractus uvéal qu'il nous est donné d'examiner.

En effet, l'Iris peut réagir seul, à un processus pathologique, en raison même de l'indépendance vasculaire qu'il présente (les vaisseaux provenant des deux artères ciliaires longues, des ciliaires antérieurs et des perforantes musculaires qui forment un cercle artériel à la base de l'iris).

Pratiquement, toute infection de l'Iris est toujours accompagnée d'une réaction ciliaire qui peut être insignifiante (Iritis) ou prédominante (Iridocyclite).

I — IRITIS :

C'est l'inflammation de la portion antérieure du tractus uvéal.

— Pour *DOLBEAU*, l'Iritis et l'Iridochoroïdite peuvent être sous la dépendance de la diathèse rhumatismale.

— *ABADIE* écrit que l'Iritis chronique rhumatismale se montre surtout dans le rhumatisme articulaire ; et il existe dans quelques rares cas, une métastase entre cette Iritis et les autres accidents.

— *TUPPERT* décrit une Iritis à hypopion liée à une arthrite du genou.

— Pour *BERGER* et *LAGRANGE :* L'Iritis rhumatismale serait une *Iritis plastique,* bilatérale avec des synéchies postérieures solides, récidivant et se compliquant d'Iridochoroïdite (62 Bis) — Actuellement l'Iritis rhumatismale est décrite comme une Iritis revêtant un aspect séro-fibrineux, avec vive réaction inflammatoire, œdème palpébral, épanchement abondant et précipités camériens, adhérences multiples mais peu solides ; unie ou bilatérale cette Iritis affecterait une forme bénigne, récidivant à chaque poussée articulaire et s'éteignant avec elle.

C'est cette forme que l'on rencontrerait dans le R.A.A. bien qu'en moyenne, on y observe assez peu souvent des Iritis.

Dans le rhumatisme palindromique, les auteurs ont signalé des Iritis, mais *sans* synéchies postérieures. Cette forme de Rhumatisme serait plus que le R.A.A. spécifiquement rhumatismale.

En dehors du R.A.A. et du Rhumatisme palindromique, l'Iritis se rencontre avec une fréquence accrue dans les *formes chroniques* du Rhumatisme ; avec une nette prédominance dans le cours des Spondylites rhumatismales.

L'Iritis peut alors être aiguë, subaiguë, ou chronique ; mais elle se présente souvent sous l'une des formes suivantes :

1° — *Iritis séreuse* avec :

Attaques modérées,
Inflammation diffuse superficielle,
Synéchies marginales peu solides,
Récidives sur l'un ou l'autre œil.

2° — *Iritis chronique* avec :

Exsudat fibreux,
Allure plastique,
Adhérences rétro-iriennes évoluant soit vers la Sécrétion, soit vers l'Occlusion de la pupille.

⁂

L'étude de cette iritis est intéressante en raison du pronostic local qui est sévère, en raison de sa cœxistence avec des adénopathies cervicales, de son évolution anatomique comparable à celle d'une arthrite. Le myosis, corollaire de l'inflammation et de la photophobie, donnant des synéchies, provoque une véritable *ankylose de l'iris* si on ne dilate pas à l'atropine.

Dans les cas d'Iritis d'allure rhumatismale, la radiographie du squelette pourrait fournir un précieux appoint pour le diagnostic étiologique de la lésion oculaire, en révélant des altérations de la colonne vertébrale.

Par ailleurs, en provoquant comme le conseillent TESCHENDORFF (100) et KUNZ (59) un examen radiologique, l'Iritis affirme son intérêt puisqu'elle contribue indirectement au diagnostic des affections rhumatismales de la colonne vertébrale et, partant, à leur dépistage précoce.

Notons encore une remarque de KRUCKMANN pour qui l'Iritis surviendrait beaucoup plus souvent, eu égard à la Polyarthrite chronique récidivante et au rhumatisme musculaire. S'appuyant sur cette opinion POPOVIC soutient que les Iritis dites rhumatismales (comme d'ailleurs les Ténonites et les Sclérites) ne seraient pas uniquement secondaires, « métastatiques », mais que souvent elles pourraient être aussi *primaires*. Selon lui, il y aurait des Iritis rhumatoïdes susceptibles dans certains cas, de se manifester sans que jamais ne s'installe un rhumatisme vrai.

A côté du Rhumatisme proprement dit, *l'Iritis goutteuse* apparaît dans son évolution clinique, parfaitement semblable à l'Iritis rhumatismale.

Ceci vient confirmer ce que l'on observe dans le reste du corps, où rhumatisme et goutte ne sont pas nettement différenciés dans leur symptomatologie.

OBSERVATION I
(POPOVIC 87)

Il s'agit du Docteur R. A..... 49 ans, chez lequel, en Novembre 1912, une *première Iritis se manifeste* au niveau de l'œil droit. Cette Iritis fut constatée à Belgrade et dura environ 6 semaines.

En Janvier 1913, à Vienne, on soupçonna qu'il était atteint de Tuberculose et Syphilis. Mais les examens furent négatifs.

En 1915-1916 surviennent des accès de Rhumatisme au niveau des articulations.

En 1922 *1ère récidive de l'Iritis*. Durée 10 jours environ.

En 1925 : Nouveau processus rhumatismal au niveau des articulations, mais plus important.

En 1926, *2ème récidive de l'Iritis*. Durée 3 à 4 jours. La même année survient une *3ème récidive* qui dure 8 jours. Depuis la 1ère récidive de l'Iritis, il n'y eut plus de douleurs articulaires ou musculaires qui auraient pu être qualifiées de Rhumatismales.

OBSERVATION II

IRITIS et RAIDEUR INFLAMMATOIRE CHRONIQUE DE LA COLONNE VERTEBRALE.
(Spondylarthrite ankylosante)
(KUNZ 59)

Auguste WILHEMM R.... 37 ans.

Yeux : Depuis 2 ans et demi à de nombreuses reprises une irritation de courte durée s'est manifestée séparément à l'œil gauche ; fréquente ces derniers temps, elle disparaît la plupart du temps par une prise de Salicylate.

Examen : *Œil droit :* un faible dépôt de pigments sur la capsule antérieure qui n'est pas irritée par ailleurs.

Œil gauche : légère injection, chambre antérieure légèrement troublée ; le dessin de l'iris est quelque peu effacé ; dépôt de pigments sur la capsule antérieure.

Antécédents : 1917 en campagne : rhumatisme, enraidissement progressif du dos.

1927 : la spondylarthrite ankylosante est installée.

La tonsillectomie reste sans influence sur les douleurs. Du point de vue interne. R.A.S.

Radiographie : images annulaires symétriques à la partie inférieure de la colonne dorsale et dans la totalité de la colonne lombaire. Les cartilages inter-vertébraux sont de hauteur uniforme. Synostose des petites articulations en partie seulement. Stratifications calcaires insignifiantes dans les cartilages inter-vertébraux.

OBSERVATION II Bis

(même auteur)

Rudolph D.... 69 ans.

Yeux : 1ère Iritis il y a 7 ans, guérie.

Examen : *Œil droit* : séclusion pupillaire.

Œil gauche : l'Humeur aqueuse de la chambre antérieure est troublée ; l'iris hyperemié, des synéchies se relâchent d'abord en cours de traitement, conduisent finalement à un séclusion (Le sujet ne venant que transitoirement à la Clinique).

Antécédents : douleurs rhumatismales depuis de nombreuses années.

Radiographie : Ossification étendue des ligaments longitudinaux de la colonne dorso-lombaire dans sa totalité. Ossification des ligaments inter-épineux. Synostose des petites articulations vertébrales.

OBSERVATION III

RHUMATISME AIGU et SPONDYLOSE RHIZOMELIQUE SECONDAIRE.

(M. P. WEILL. Résumée 109)

P.... âgé de 37 ans, employé de Banque a été atteint en Août 1918, au 2ème jour d'une dysenterie aiguë, d'une crise de rhumatisme aigu légèrement fébrile ayant frappé successivement le poignet droit, puis le genou gauche et les articulations tibio-tarsiennes, avant de se généraliser. Cet état de rhumatisme subaigu s'est prolongé 8 mois ; les articulations étaient enflées, extrêmement douloureuses ; tout mouvement était impossible. Le malade fut soumis à la médication salicylée. Peu à peu les phénomènes douloureux s'amendèrent et en Septembre 1919 il ne subsistait, après une cure à Aix-les Bains, qu'un léger degré de raideur articulaire.

Entre temps, le malade avait présenté deux importantes *poussées d'Iritis*. En Février 1919, il en avait une nouvelle plus forte que les précédentes. Depuis ce moment, ces poussées réapparaissaient régulièrement tous les 5 ou 6 mois, atteignant alternativement l'œil droit et le gauche, cédant assez facilement au Salicylate, au Pyramidon, au cyanure d'Hydrargyre.

En 1925, le malade présente une nouvelle crise de R. A.A. fébrile, généralisée, survenant au décours d'une blennorhagie récente et à la suite d'excès éthyliques. La crise articulaire atteignit le poignet droit, le genou et le pied gauche ; et fut accompagnée d'une douleur localisée au niveau

de la région lombaire, que la première poussée articulaire avait respectée. La partie haute de la colonne lombaire semble avoir été principalement atteinte à cette époque, présentant alors une sensibilité persistante à la pression.

En Septembre 1927, une troisième crise très violente atteignit genou et pied gauches. Traitement salicylé à fortes doses (4 Grs per os ; 4 à 8 Grs I.V.) puis radiothérapie. Après quelques jours d'accalmie, rechute : le genou gauche était le siège d'une hydarthrose importante, récidivante, qui nécessita des ponctions fréquentes. Cette crise dura 4 mois. Rémission complète, tous les signes douloureux ayant disparu.

En Janvier 1930, apparition de nouvelles crises douloureuses, mais d'un caractère différent : sans rémissions le malade souffre de douleurs fugaces, quelquefois très vives, augmentées par la pression, atteignant tantôt toute la région vertébrale et rendant le sommeil presque impossible, tantôt surtout les articulations du cou et des hanches. Depuis ce moment le malade se soude ; la nuque, la colonne vertébrale, les hanches sont le siège d'une raideur progressive qui s'accompagne de douleurs lancinantes et d'une impotence fonctionnelle. La fatigabilité est rapide, la marche très difficile. Les douleurs sont atténuées par le repos.

A l'heure actuelle le malade est en cyphose, étendu et soudé tout d'une pièce : la nuque, la colonne dorsale, et lombaire sont ankylosées, les épaules sont raides et douloureuses ; les hanches dans l'impossibilité de se mettre en abduction et adduction, les mouvements de flexion étant eux-mêmes limités. La température oscille entre 37° et 37°8.

— Réaction de sédimentation : modérément accélérée.

— B.W. et Gono-réaction : négatives.

— Réaction de VERNES à la résorcine : normale.

— *L'Examen ophtalmologique* décelle des lésions d'Iritis ancienne avec synéchies, surtout marquées à l'œil droit. Acuité visuelle conservée (10/10).

— La radiographie vertébrale montre l'intégrité des corps et des disques inter-vertébraux. La colonne dorso-lombaire décrit une large cyphose.

— Ossification des ligaments vertébraux antérieurs, et à un degré, infiniment plus faible, des ligaments postérieurs. Prédominance des lésions au niveau de D10 à L2.

OBSERVATION III Bis
(même auteur)

Dans une observation analogue de Spondylose rhizomélique, l'examen ophtalmologique montre, au niveau de l'œil

gauche, une séclusion pupillaire totale avec atrophie irienne consécutive à une Iridocyclite grave ancienne, mais sans hypertension oculaire.

II — CYCLITE ET IRIDOCYCLITE :

On a moins écrit à leur propos, que sur l'Iritis rhumatismale. Nous avons vu que la cyclite comme l'Iritis d'ailleurs, peut exister isolément. Cependant, comme elle se présente toujours avec un certain degré d'Iritis, on lui donne plus couramment le nom d'IRIDOCYCLITE. « Il n'y aurait entre ces diverses manifestations qu'une question de degré » (TERRIEN). Dans sa thèse, MARSEILLE les classe en :

— *CYCLITES PURULENTES :* dont l'exsudat est purulent. Elles pourraient compliquer aussi les Sclérites antérieures rhumatismales (TEULIÈRES et BEAUVIEUX 103).

— *IRIDOCYCLITES :* dont les exsudats sont fibrineux avec néomenbranes à la surface des procès et dans le reste du Corps vitré.

— *CYCLITES avec CORPS FLOTTANTS du VITRE :* Le processus rhumatismal ne reste pas localisé à la région ciliaire ; le plus souvent il gagne l'Iris et nous voyons alors surtout des Iridocyclites ; plus rarement il se propage à la Choroide, pour donner des Cyclochoroidites.

III — CHOROIDITE ET IRIDOCHOROIDITE :

Atteinte parfois, mais rarement, secondairement à une cyclite, la choroide peut également être intéressée comme complication d'une Iritis ; c'est alors la supra-choroide qui est touchée donnant une sclérochoroidite.

Avec son Maître FOLLIN, *FERNET* reconnaît que l'Iridochoroidite se développe souvent à l'état aigu sous l'influence du Rhumatisme.

LEOST la signale comme pouvant être consécutive à une Iritis avec Synéchies postérieures.

Pour *BERGER*, elle compliquerait l'Iritis plastique rhumatismale avec synéchies très développées.

BRUN en réunit 11 cas dans sa thèse (13).

Comme l'Iritis qu'elle complique souvent, l'Iridochoroidite est actuellement bien connue et bien décrite.

Cette étude nous a montré toute l'importance du rhumatisme dans ses déterminations au niveau de la région ciliaire et de l'Iris. Ces localisations, *des plus fréquentes* d'ailleurs à prévoir et nous avons montré quelles

analogies anatomiques et histologiques unissaient plus spécialement ces parties de l'œil et la synoviale articulaire. Désormais, cet argument clinique permettra lui aussi de confirmer les similitudes anatomo-histologiques que nous avons déjà étudiées.

Nous devons mentionner ici les recherches expérimentales de *ANGEVINE* et *ROTHBARD* (4) ayant porté sur un premier lot de 367 lapins, puis sur un second lot de 112 autres lapins, qui ont montré à ces auteurs, l'identité de structure de la villosité synoviale et de la frange ciliaire, en même temps que ces deux éléments réagissaient simultanément à des injections I.V. de streptocoques.

Nous pouvons dire en manière de de conclusion que l'Iritis, l'Iridocyclite et le Rhumatisme ont une cause commune qui affectionne certains types de tissus mésenchymateux justifiant l'individualisation quelquefois évidente cliniquement d'une véritable « SYNDROME OCULO-ARTICULAIRE » (G. OFFRET 76).

6 — *CORNEE.*

Pour comprendre la tendance qu'a la Cornée à être affectée dans le rhumatisme, il faut se rappeler qu'au point de vue histologique elle est analogue au tissu cartilagineux ; mais toutefois, à l'inverse de ce que l'on trouve au niveau de l'articulation, le rhumatisme est moins fréquemment localisé à la Cornée, tandis qu'il atteint avec prédilection le cartilage articulaire.

Longtemps niée, les travaux de MACKENZIE (en Angleterre), Panas, Abadie, Parinaud (en France) ont levé tous les doutes et montré l'influence bien nette du rhumatisme sur l'apparition de la KERATITE.

I — KERATITE PARENCHYMATEUSE :

Etudiant la Kératite parenchymateuse, ABADIE la décrit sous deux formes :

— La Kératite interstitielle,

— La Kératite ulcéreuse.

1°) *Dans la forme interstitielle :*

On voit au début un léger trouble de la Cornée donnant l'aspect d'un verre dépoli. A l'éclairage oblique, elle est terne et offre dans son épaisseur quelques points grisâtres plus foncés, d'où l'aspect *granité* noté par PANAS. L'opacité naît, soit au centre, soit à la périphérie. Au bout de quelques temps, de petites taches plus foncées, d'un blanc sale, presque jaunâtre se détachent. Les contours de la région infiltrée se fondent graduellement avec les zones voisines.

A mesure que le mal progresse, l'opacité augmente d'épaisseur, et finit par masquer la chambre antérieure, la pupille, l'Iris. C'est dans la membrane de Bowmann que siège le plus souvent cette opacité. L'éclairage oblique montre une exfoliation caractérisée par un piqueté. L'opacité peut être disséminée, la Cornée offrant alors un aspect comparé par BERARD à un « ciel pommelé ».

Il se produit ensuite une injection légère qui débute par un cercle périkératique à vaisseaux très fins et très rouges. L'injection devient ensuite de plus en plus forte et les vaisseaux envahissent de proche en proche le tissu cornéen. Dans certains cas, la vascularisation fait défaut. Les douleurs sont nulles ou très légères, la photophobie marquée. La sensibilité cornéenne est maintenue.

Cette Kératite interstitielle rhumatismale évolue lentement. Les deux yeux sont rarement atteints en même temps. Ce qu'on observe le plus souvent, c'est le passage d'un œil à l'autre, lorsque la maladie a atteint sa période terminale sur le premier œil.

Cette kératite est généralement de pronostic favorable, car malgré de fréquentes récidives, *elle ne suppure jamais.*

2°) *Dans la forme ulcéreuse :*

L'injection périkératique intense est remarquable et s'accompagne de douleurs plus vives que précédemment, de photophobie, de larmoiement très marqués. L'ulcère qui avait débuté par la couche épithéliale attaque ensuite les lames superficielles de la Cornée, s'étend aux portions profondes, détruisant tous les éléments constituant le tissu cornéen.

L'ulcération a une forme « en coup d'ongle » à bords déchiquetés et abruptes. Dans son fond un magma grisâtre de tissu détruit. On trouve de préférence ces ulcérations vers les bords de la membrane cornéenne, le champ de la pupille restant libre.

Ultérieurement, l'ulcération se déterge, les bords sont moins déchiquetés, l'épithélium se reproduit, la Cornée redevient transparente en commençant par les parties les plus éloignées du foyer morbide, pour gagner peu à peu le foyer lui-même. En même temps les douleurs se calment ; l'injection périkératique et la photophobie disparaissent.

Selon CABANNES (16) la Kératite serait le fait dominant de la manifestation oculaire du Rhumatisme. S'il existe un peu d'Iritis ou de Sclérite, elles passent tout à fait inaperçues. Il est cependant des cas où la Kératite est secondaire, soit à une sclérité, soit à une Iridochoroïdite.

PARINAUD a rapporté un cas de sclérite suivie d'une Kératite interstitielle typique sur le même œil, chez une

femme atteinte de Rhumatisme. La Mère de la malade était rhumatisante (R.A.A.). On ne relevait pas d'antécédents syphilitiques héréditaires ou acquis.

BOQUIN a signalé également une Kératite interstitielle consécutive à une Irido-choroidite, chez un homme de 47 ans arthritique et rhumatisant, sujet en outre à des migraines et névralgies inter-costales. Il s'agissait là d'une Aquo-capsulite Rhumatismale.

⁂

En conséquence, dans le rhumatisme, les Kératites seraient surtout des complications d'Uvéites, malgré qu'elles puissent être primitives également.

Nous devons signaler l'importance du rhumatisme (aigu, subaigu ou chronique) dans l'étiologie de la Kératite parenchymateuse. *DESVAUX* indique qu'elle est fréquente chez les enfants issus de parents goutteux, et qui présentent une hydarthrose du genou. Pour *BERGER*, la Kératite ulcéreuse se verrait assez souvent avec l'arthrite rhumatismale, et la nonoarthrite chronique du genou. *ALBRAND* cite 12 cas de Kératite avec un rhumatisme articulaire net et 18 cas avec un rhumatisme musculaire, sur un ensemble de 125 cas de Kératite (soit environ 24%).

CHEVALLEREAU rapporte une observation de Kératite goutteuse (20).

Toutefois, *CABANNES* recommande fort justement, que, pour affirmer l'étiologie de ces Kératites, il faille :

— éliminer toute syphilis acquise ou héréditaire des antécédents ;

— rechercher ou constater la coexistence ou l'alternance des troubles oculaires et d'autres accidents du rhumatisme.

— vérifier éventuellement l'action curatrice du traitement général du rhumatisme et en particulier du Salicylate sur les phénomènes oculo-articulaires.

Dans son interprétation de ces Kératites CABANNES insiste sur le rôle joué par l'infection, et il en donne pour exemple des observations de Médecine vétérinaire de WAGENMANN et HEUNICKE qui ont vu une maladie cliniquement semblable à la Kératite parenchymateuse, sévir épidémiquement sur des ours, et les constatations de *PLUGER* qui a étudié une épidémie de Kératite parenchymateuse sur des chèvres. Cette dernière maladie désignée communément sous le nom de Fièvre Mycotique Rhumatismale commençait par un arrêt de la sécrétion lactée, à laquelle succédait une Kératite diffuse et deux semaines après les localisations articulaires faisaient leur apparition.

Nous avons rapporté au cours de cette étude de la KERATITE RHUMATISMALE la coexistence fréquente de ces Kératites avec des lésions de tractus uvéal (Iritis, Iridocyclite...).

Ce serait même là le fait le plus habituel.

— Il y aurait donc dans ces cas, une réaction commune du tractus uvéal, de la cornée et de la synoviale à un agent nocif ou à un processus pathologique, qui pourrait être, selon certains auteurs américains, un streptocoque hémolytique (?)

— une fois déclarées, les Uvéites peuvent bien, à leur tour, affecter la *nutrition de la Cornée*, d'un trouble qui est susceptible de jouer un rôle dans le développement des manifestations cornéennes.

— des expériences de VAN HIPPEL ont permis à cet auteur d'obtenir des modifications semblables chez le lapin, 20 jours après la ligature des veines vorticineuses (107).

Doublement malmenée, la Cornée est ainsi rendue réceptible aux légers traumas auxquels elle doit être constamment exposée. Il s'ensuivrait donc des modifications dégénératives.

II — KERATITE STRIEE :

La Kératite striée est une affection rare ; elle ressemble grossièrement à la KERATITE LINEAIRE qui succède parfois à l'extraction de la cataracte, surtout lorsque cette extraction a été tardive et difficile.

Dans cette forme, on voit la Cornée prendre une teinte grisâtre, et très peu de temps après, des lignes parallèles grisâtres apparaissent, sectionnées à angles à peu près droits, par des lignes semblables, produisant une sorte d'échiquier absolument caractéristique.

L'infiltration profonde de la Cornée suit, à laquelle succède l'injection péricornéenne si caractéristique des Kératites.

A ce stade, l'affection est aisément confondue avec la Kératite parenchymateuse ; mais le traitement rhumatismal efficace dans ce cas qui nous occupe, n'aurait aucun effet sur la Kératite parenchymateuse (KALISCH 54).

III — KERATITE FILAMENTEUSE :

Sous le nom de Kératite filamenteuse idiopathique, *MULOCK HOUVER* (72) décrit une Kératite bilatérale à évolution progressive n'ayant en aucun cas été suivie de guérison. Cette affection serait caractérisée par la formation de longs filaments implantés sur l'épithélium cornéen, plus rarement sur la conjonctive bulbaire. Elle s'accompagnerait de phénomènes irritatifs dus aux tiraillements de ces filaments par les mouvements des paupières et de l'œil.

Dans plus de la moitié des cas, cette Kératite serait en rapport, surtout chez les vieillards, avec l'Arthrite déformante des Mains.

Cette affection pourrait avoir quelque rapport avec la Goutte, mais ceci n'est pas démontré.

IV — KERATITE EN BANDELETTE :

La première étude de cette forme particulière de Kératite est due à DIXON (30) qui la décrit telle « *une curieuse forme d'opacité dépendant du dépôt spontané de sels calcaires entre l'épithélium et la surface antérieure de la Cornée* ».

Depuis le rapport de DIXON, on a ajouté peu de chose à la connaissance de cet état. On a cependant reconnu plusieurs types de cette affection. Le type le plus rare est celui que l'on observe chez les enfants, où on le trouve à peu près constamment associé à des arthrites et à une Uvéite chronique (19 fois sur les 24 cas rapportés).

C'est OHM, en 1910, qui signale le premier exemple de Kératite en Bandelette avec Arthrite.

Habituellement bilatérale, la Kératite en Bandelette se développe sur un œil, puis sur l'autre. On n'observe qu'une irritation et une douleur légères dues à l'irrégularité de la Cornée, et en rapport avec les dépôts qu'elle présente.

Plus couramment, l'obscurcissement progressif de la vision représente le seul symptôme. Notons toutefois que la première modification objective (décelable au moyen de la lampe à fente) consisterait en un léger trouble au niveau de la membrane de «Bowmann» qui présenterait des « trous sombres ». Ceux-ci seraient pathognomoniques, souvent des mois et même des années avant le développement de toute opacité perceptible (de telles modifications ont été retrouvées dans l'œil droit de la malade de KURNICK, dont nous résumerons l'observation). On pourrait aussi retrouver plus fréquemment l'association de ces opacifications cornéennes avec la Polyarthrite juvénile, si tout enfant atteint du syndrôme de STILL était soumis à un examen oculaire à la lampe à fente.

La lésion microscopique peut débuter par le centre de la Cornée pour progresser vers la périphérie ; mais elle commence plus couramment aux deux extrémités, d'où elle gagne le centre. L'évolution de cette lésion est très lente, elle s'étend sur plusieurs années.

La Pathogénie de cette affection et son étiologie sont inconnues, toutefois il est curieux de noter son association aussi constante avec des arthrites ; ceci suggère que la maladie de STILL pourrait en être la cause ou mieux être causée par le même agent que cette Kératite.

Il se pourrait, ici aussi, comme nous l'avons déjà vu pour les autres Kératites, que la Cornée et la Synoviale articulaire présentent dans le cas qui nous occupe, une réaction commune à un même agent ou à une cause identique.

Les Uvéites qui se produisent en même temps, affecteraient la nutrition de la Cornée (expérience de VAN HIPPEL).

⁂

OBSERVATION

(KURNICK) résumée (59 Bis)

Il s'agit d'une petite fille âgée de 4 ans. Dans ses antécédents, on ne relève rien de particulier, non plus qu'une contagion par la Tuberculose. A 13 mois, ayant heurté son genou droit à la suite d'une chute, la malade voit enfler ce genou tandis que la jambe droite demeure fléchie ; pas de température. Un examen radiologique pratiqué à un an et demi ne révèle aucune anomalie osseuse, ou pulmonaire. La jambe est immobilisée en extension jusqu'à l'âge de 3 ans.

Dans les 3 mois précédant son hospitalisation, l'enfant se plaignait de douleurs articulaires, tandis que ses jambes s'enraidissaient. La nuit, la malade souffrait de ses genoux, et au réveil, ceux-ci apparaissaient fixés en flexion partielle nécessitant plusieurs minutes d'efforts douloureux pour la fillette, pour les étendre. A cette même époque, l'enfant présentait de la Photophobie au niveau de l'œil gauche, et une sorte de voile. Cette lésion demeurait apparemment statique. L'examen physique montre une enfant de 4 ans bien développée et bien nourrie. Ele marchait en se cambrant, le genou droit fléchi, s'aggripant pour faire chacun de ses pas.

Au repos, la flexion des hanches et genoux était possible.

L'examen oculaire donna : œil droit normal, tandis que l'œil gauche révélait une bande d'opacification transversale, jaune grisâtre, d'environ 4 mm de largeur, s'étendant à travers la Cornée, à hauteur de la fente palpébrale, juste au-dessous de l'équateur, jusqu'au voisinage du limbe de chaque côté. Les opacités semblaient superficielles immédiatement au-dessous de l'épithélium qu'elles soulevaient finement.

La pupille, petite et irrégulière, élargie par la dilatation, présentait des synéchies postérieures en plusieurs endroits. Vision normale.

L'examen général ne montre rien, en dehors d'une hypertrophie du tissu lymphoïde pharyngien ; pas de lymphadénopathie.

On note toutefois, des deux côtés, l'atrophie des muscles du mollet, prédominant à droite. La flexion-extension du genou et du coude droits était limitée. De même au niveau de la hanche droite.

OBSERVATION II
HOLM-ELGER (45)

Iridocyclite et Kératite en bandelette chez une fillette de 15 ans, sans signe de Tuberculose, avec atteinte des articulations des doigts, des poignets, des genoux et des chevilles (Syndrôme de STILL).

Vision 1/4 malgré l'opacité cornéenne et les synéchies.

7 — *CORPS VITRE :*

A la suite des inflammations du corps ciliaire (cyclites) le vitré troublé, présente des corps flottants pathologiques, visibles à l'Ophtalmoscope. Ces mouches volantes seraient le fait d'épanchements sanguins, provenant du corps ciliaire enflammé.

DE WECKER rapporte un cas d'extravasation abondante du sang dans le Corps vitré chez un Rhumatisant. Ce sang faisait directement irruption du bord papillaire.

Au premier rang des altérations du sang dans le R.A.A. se place l'augmentation excessive de la fibrine qui peut être double, triple ou plus (BESNIER).

8 — *CHAMBRE ANTERIEURE :*

Nous voulons rapprocher de ces extravasations sanguines dans le corps vitré, une observation de TEULIERES : Iritis et Hypohéma à répétition chez un sujet atteint de R. A.A. (101).

« L'intérêt de cette observation réside dans l'apparition brusque et abondante de sang dans la CHAMBRE ANTERIEURE, au 3e jour d'une Iritis, au cours de R.A.A. Il n'y avait aucune cause à cette hémorragie, qui s'accompagna d'une recrudescence des douleurs de l'Iritis. Cet Hypohéma céda rapidement ».

Dans les deux années qui suivirent, il se reproduisit 8 fois, avec chaque fois des douleurs de l'œil. Une Iridectomie fut pratiquée qui s'accompagna d'une hémorragie abondante dans la Chambre antérieure.

La guérison se maintint pendant 20 ans, puis l'Hypohéma se reproduisit, sang très noir, avec quelques douleurs, mais pas d'Iritis aiguë.

C'était plutôt l'hémorragie qui causait les douleurs, peut-être n'y avait-il pas d'Iritis à proprement parler. Tension supérieure à la normale = T + I. Acuité nulle. Le sang disparut après 2 paracenthèses.

L'auteur pense à une forme d'Iritis hémorragique. Quoi d'étonnant que, dans une affection où *les veines des procès ciliaires sont aussi turgescentes que dans l'Iritis rhumatismale,* une petite veine se rompt ? D'où présence de sang noir.

Il explique les récidives par l'existence d'exsudats et de couennes cyclitiques. Peut-être s'est-il formé autour des Procès ciliaires et de la face postérieure de l'Iris, des fausses membranes parcourues par des petits vaisseaux friables. Processus analogue à celui des hématocèles survenant comme conséquence de la présence de tissus de nouvelles formations dans la vaginale.

9 — *RETINE :*

Les congestions actives du tractus uvéal se compliquent *d'Hyperemie rétinienne,* lorsque la maladie gagne le fond de l'œil ; l'Iritis tend à se compliquer de Choriorétinite chez les sujets infectés (DE WECKER).

Les troubles cardiaques qui surviennent si souvent comme complication chez les rhumatisants ont certainement un retentissement sur la circulation rétinienne. Il doit en résulter une Hyperemie passive.

Ces altérations de la Rétine apparaîtraient en tant que complication d'Iritis. Or, nous avons indiqué l'atteinte fréquente de l'Uvée par la diathèse rhumatismale.

HUTCHINSON signale dans la Goutte, une Rétinite Hémorragique.

PARINAUD également mentionne des Rétinochoroïdites qui en prédominant dans la Macula s'accusaient par un scotome central (81).

⁂

OBSERVATIONS

(PARINAUD 81)

I Neuro-rétinite et Scléro-Iritis œil droit, plusieurs poussées de Rhumatisme Erratique.

II Neuro-rétinite avec prédominance des lésions maculaires succédant à une sclérite rhumatismale.

10 — *NERF OPTIQUE :*

NEVRITE OPTIQUE :

Pour *DE WECKER,* la Névrite optique s'observerait chez les personnes prédisposées au rhumatisme ou issues de parents arthritiques. Cette amblyopie ou Amaurose serait constamment double et plus ou moins transitoire.

Elle serait caractérisée par la soudaineté de son apparition jointe à une sensation de pesanteur, de froid, mêmes de véritables douleurs orbitaires.

— Pour ROI (92) la Névrite optique rhumatismale est *monoculaire*. Lorsque les deux yeux sont pris, ils ne le sont que successivement.

Elle est caractérisée par une infiltration œdémateuse et par des « phénomènes d'étranglement ». Altérant rapidement la vision, l'amaurose peut être complète dès le 8ème jour.

— Enfin *BERGER* (8) déclare que la Névrite optique rhumatismale peut se montrer après un refroidissement, d'un seul côté ou des deux à la fois. La diminution de l'acuité visuelle qui en est la conséquence, s'accompagnant parfois d'un rétrécissement du champ visuel, mais ce dernier symtôme manquerait dans d'autres cas. Enfin, l'Amaurose succédant à l'Amblyopie, l'Ophtalmoscopie permit alors de constater l'inflammation de la pupille et de la rétine. Dans quelques cas, il y aurait des épanchements sangunis et exudations sur la limite de la Papille. Quand l'affection est de longue durée, elle peut se terminer par l'atrophie optique.

L'explication de ces faits, serait possible selon lui, en admettant un gonflement du périoste de la paroi postérieure de l'orbite qui comprimerait le Nerf optique à son entrée dans la cavité orbitaire, ainsi que la veine orbitaire.

11 — *MUSCLES DE L'ŒIL :*

Les muscles de l'œil peuvent être atteints par le Rhumatisme, au point de présenter des symptômes de Névralgie musculaire ou de Paralysie.

1 — NEVRALGIES :

Les douleurs provoquées par les mouvements de l'œil, dans les cas de Névralgies, sont probablement dues à une affection des Nerfs sensitifs qui se terminent dans les corpuscules de GOLGIE, situés dans les tendons des muscles de l'œil.

D'après WRIGHT (108) si l'on exerce une pression sur le point où se trouve le tendon du muscle affecté, après avoir fait fermer les paupières, on provoque une douleur. La même sensation se produit quand le muscle agit pour mouvoir l'œil.

Nous avons déjà relaté ces faits au CHAPITRE II et signalé quels rapprochements ils nous permettaient de faire avec la Pathologie rhumatismale.

II — PARALYSIES :

Les paralysies rhumatismales des muscles de l'œil sont plus fréquentes et mieux connues que la Névralgie (BERGER). Elles apparaissent subitement après un refroidissement. Elles s'accompagnent de Névralgies, de vomissements

et de vertiges qui sont souvent les seuls symptômes signalés par les malades. Généralement un seul muscle est affecté, rarement plusieurs sont atteints en même temps. Ces Paralysies guériraient rapidement, mais elles récidivent facilement.

Citons pour terminer l'opinion de *FUCHS* (38) « *les paralysies du muscle orbiculaire sont pour la plus grande partie d'entre elles d'origine rhumatismae, cependant la cause réelle n'est pas connue* ».

Nous devons noter que ces Paralysies très fréquentes autrefois, sont moins souvent rencontrées actuellement.

12 — *CRISTALLIN :*

Pour terminer cette revue générale, voyons maintenant si le Cristallin peut être aussi affecté par le Rhumatisme.

Nous nous contenterons simplement de citer des observations dans lesquelles les auteurs mentionnent une cataracte bilatérale survenue au terme de l'évolution d'un rhumatisme.

OBSERVATION I

(sur un cas de Spondylose Rhizomélique à évolution ankylosante généralisée).

Gaston LAURES (63)

Il s'agit d'une malade dont l'affection remonte à 30 ans, qui a présenté en même temps que son rhumatisme (une Polyarthrite chronique du type CHARCOT) une baisse progressive de l'Acuité visuelle ayant abouti à une cécité complète à l'âge de 42 ans.

L'examen révèle une cataracte bilatérale avec projection lumineuse défectueuse pouvant faire supposer des lésions rétiniennes, et de petites tâches cornéennes, reliquats de Kératites antérieures superficielles.

OBSERVATION II

(Cataracte bilatérale et Arthropathies).

HEUYER, HUREZ, COMBES 44)

Chez un enfant de 6 ans, apparition d'une cataracte bilatérale par Iridocyclite, à la suite d'une arthrite avec épanchement et persistance d'une ostéo-arthropathie chronique bilatérale. L'évolution de cette cataracte a été subaiguë.

OBSERVATION III

(Rhumatisme chronique déformant avec cataracte).

PAISSEAU et Melle DEBAY (80)

Chez une fillette âgée de 7 ans, atteinte de rhumatisme chronique déformant et ankylosant dont l'évolution s'est

poursuivie avec lenteur, et qui remontait à la fin de sa première année, apparition d'une cataracte 3 ans après le début des manifestations articulaires. Il s'agit d'un Rhumatisme chronique déformant et ankylosant à début précoce, différent de la maladie de CHAUFFARD-STILL.

La cataracte est bilatérale et s'accompagne d'Iridocyclite, et probablement de Choroïdite.

OBSERVATION IV

(Polyarthrite chronique déformante et ankylosante ; Iridochoroïdite et cataracte).

LAMY, DESCHAMPS, JAMET, AUSSANAIRE (64)

Chez une fillette de 14 ans présentant depuis l'âge de 1 an, un rhumatisme chronique progressif déformant et ankylosant, sont apparus vers l'âge de 10 ans des troubles visuels : *Iridochoroïdite compliquée de cataracte.*

⁂

Cette forme de rhumatisme serait distincte de la maladie de STILL (aspect clinique différent).

Par conséqnent, le Cristallin peut être également touché, mais *cette atteinte semble survenir comme complication d'une autre manifestation oculaire* qui, elle, serait spécifiquement rhumatismale.

⁂

Quelle peut être notre conclusion à l'issue de ce long chapitre ?

Deux questions se posent :

— Existe-t-il des signes propres à la lésion, qui nous permettent d'affirmer péremptoirement l'existence de la diathèse rhumatismale en dehors de toute autre manifestation de cette diathèse ?

— Quand il n'y a pas de doute sur la nature rhumatismale de l'affection oculaire, cette maladie présente-t-elle quelques caractères particuliers qui nous fassent remonter à son origine, sans avoir recours à d'autres investigations ?

Dans l'une et l'autre circonstance, la réponse est négative ; à la simple inspection d'une manifestation rhumatismale, il est impossible de rattacher cette maladie à sa cause première.

CHAPITRE IV

LES MANIFESTATIONS RHUMATISMALES A DETERMINATIONS OCULAIRES.

La longue étude des manifestations oculaires d'origine rhumatismale, que nous venons de faire, nous permet d'abréger le présent chapitre dans lequel nous tenterons d'intégrer ces manifestations dans le cadre du RHUMATISME qui les aura déterminées.

1 — *RHUMATISME DE L'ENFANT :*

1 — R. A. A.

Chez l'enfant, cette forme de Rhumatisme ne semble pas provoquer de lésions oculaires ou du moins elle n'intervient que très exceptionnellement.

2 — Pour le RHUMATISME CHRONIQUE, il en va tout autrement.

a) On trouve, en effet, chez l'enfant, une forme de *Polyarthrite déformante*, comparable à celle de l'Adulte, les seules particularités qui l'en distinguent étant : la netteté des poussées évolutives, l'importance des douleurs, l'atteinte fréquente du Rachis et des articulations tempero-maxillaires, enfin l'existence de fièvre et de troubles de l'état général.

Cette Polyarthrite serait responsable de Blépharites, de Conjonctivites, de Kératites et d'Iritis, enfin d'Iridocyclites, aboutissant comme nous l'avons vu à des Cataractes bilatérales (Observations Chapitre III, Paragraphe 12).

L'Iridocyclite et la Rétino-choroïdite y ont été fréquemment trouvées (41-45).

b) *La maladie de CHAUFFARD-STILL :*

La véritable forme de l'enfant est le *syndrôme* de STILL, caractérisé par l'association d'une Périarthrite déformante avec des adénopathies, une Splénomégalie, une atteinte de l'état général.

L'Histologie pathologique y montre l'existence d'une fibrose réticulaire, de prolifération des cellules réticulaires et de formations granulomateuses par apports de Polynucléaires neutrophiles, Eosinophiles et Plasmocytes.

Cette « maladie » serait en somme caractérisée par *une atteinte du système réticulo-endothélial* qui peut d'ailleurs être extrêmement diffuse. On a donc pu la considérer comme une Réticulopathie et même pousser cette conception jusqu'à préconiser la Splénectomie comme traitement. Il n'en reste pas moins que le problème étiologique n'est nullement résolu.

Les auteurs ont signalé, en particulier, la coexistence fréquente avec le Syndrôme de STILL d'une forme rare de Kératites en Bandelette qui surviendrait comme complication d'Uvéites antérieures. Certains auteurs même (KURNICK 59 Bis) affirment que la présence des opacifications spécifiques de cette Kératite devrait inciter à rechercher les signes du Syndrôme de STILL, que l'on retrouverait constamment.

Ces Kératites étant le fait d'Uvéites, il est logique de faire mention d'Iritis et d'Iridocyclites dans le tableau de la « Maladie de CHAUFFARD-STILL ».

II — *RHUMATISME DE L'ADULTE :*

C'est surtout chez l'adulte qu'il nous est donné d'observer des lésions oculaires rhumatismales.

1 — R. A. A. :

Nous mentionnerons ici les conjonctivites, sclérotites, Kératites interstitielles et striées, et même les Iritis. Toutefois, les auteurs s'accordent à reconnaître que ces manifestations sont assez rares dans le R.A.A

2 — RHUMATISME PALINDROMIQUE :

Il s'agit d'une maladie des articulations et des tissus adjacents, caractérisée par des arthrites aiguës à *répétition,* des Périarthrites et des Para-arthrites, sans température : douleur, œdème, raideur, impotence. L'affection est brusque, et disparaît sans laisser de trace.

L'épithète « palindromique » empruntée à la langue Hippocratique met précisément l'accent sur ce caractère essentiel de *récidives répétées* (FRANÇON 36)

PARKER WEBER (83) y signale l'Iritis plastique mais sans synéchies (ce serait là une manifestation allergique).

3 — GOUTTE :

Pour *HUTCHINSON, NOYES, HIRSCHBERG, KAGEMANN,* la Goutte déterminerait des Ophtalmies arthritiques. Elle est cause aussi de : conjonc-

tivités,d'Episclérites,périodiques fugaces (FUCHS) décrite par *DE GRAEFFE* sous le nom de Subsconjonctivitis, de Kératites accompagnant l'accès de goutte, mais étant le plus souvent le fait d'une Goutte abarticulaire ; de Sclérites n'ayant aucun symptôme particulier. Quelquefois, d'Iritis, et d'Irido-choroïdites (HUTCHINSON et ABADIE) de Rétinites hémorragiques (HUTCHINSON) de Névrites optiques rétro-bulbaires aiguës et subaiguës. Il n'est pas sans intérêt de rapporter cette assertion d'HUTCHINSON selon laquelle les enfants de Goutteux seraient prédisposés aux maladies inflammatoires de l'œil, aux Blépharites, aux conjonctivites.

Nous avions déjà noté une remarque identique de DESVAUX, à propos des Kératites parenchymateuses chez l'enfant.

4 — RHUMATISMES ÉVOLUTIFS ET SPONDYLITES RHUMATISMALES :

Ce sont ces formes chroniques du Rhumatisme qui s'accompagnent avec prédilection semble-t-il de localisations oculaires. Tous les auteurs sont de cet avis, et BESNIER écrit notamment : « *l'organe de la vue présente assez fréquemment des manifestations superficielles et profondes du Rhumatisme, surtout dans certaines formes de Rhumatisme chronique et reste le plus souvent indemne dans les attaques aiguës* » (9).

FERNET exprime la même opinion ainsi que *CHARCOT* " *les affections des yeux dans le Rhumatisme aigu sont rares, mais il en est tout autrement dans le rhumatisme subaigu et chronique* » (19).

a) *Polyarthrite chronique déformante :*

Signalons seulement ici la cœxistence à peu près constante d'une Polyarthrite avec la Scléromalacie perforante.

Au cours des Polyarthrites chroniques progressives, d'origine inflammatoire, les conjonctivites, les épisclérites, les Iritis sont courantes.

b) *Spondylose rhizomélique — Spondylarthrite ankylosante :*

C'est dans l'évolution de cette affection « *spéciale* » que toutes les manifestations oculaires déjà retrouvées par ailleurs sont les plus fréquentes.

Nous avons également insisté déjà sur l'intérêt et la nécessité de recourir à l'examen radiologique, plus particulièrement en présence d'une Iritis d'allure rhumatismale.

A la question :

Est-il une forme de Rhumatisme qui prédispose plus particulièrement à l'apparition des manifestations de cette diathèse sur l'orgaen de la vision ?

Nous répondrons. acceptant en cela l'opinion des auteurs : *que les manifestations oculaires du Rhumatisme sont le plus souvent sous la dépendance du Rhumatisme chronique.*

Néanmoins, quoique assez rarement, le rhumatisme articulaire aigu primitif peut être accompagné d'accidents oculaires.

Si ces accidents prédominent dans le Rhumatisme chronique : s'ils peuvent coïncider quelquefois avec le cours d'un Rhumatisme aigu polyarticulaire, on observe fréquemment une *alternance* évidente entre les phénomènes oculaires et les affections des jointures.

CHAPITRE V

STATISTIQUES

Il est malaisé d'établir une Statistique convenable concernant les manifestations qui nous ont occupés, car d'un auteur à l'autre, les chiffres varient, en raison de la manifestation oculaire ou de la forme de Rhumatisme considérées ; en raison aussi de « la mode » du moment quant à l'étiologie de ces affections, et du fait enfin, que l'on pense beaucoup trop fréquemment à la Syphilis et à la Tuberculose, comme causes possibles de ces localisations.

Nous indiquerons cependant pour fixer les idées, quelques chiffres recueillis dans la Littérature médicale, en remarquant l'importance de ceux qui sont relatifs à une cause « d'origine inconnue ».

Enfin, nous voulons revenir une nouvelle fois sur les recommandations de TESCHENDORFF, KUNZ et BURIAN qui insistent sur la nécessité d'un examen radiologique systématique du squelette, en présence de toute Iritis d'allure rhumatismale. Les Statistiques y gagneraient en précision.

De même KURNICK indique que la maladie de STILL serait constamment retrouvée si l'on en recherchait les signes à l'occasion de la Kératite en bandelette de l'enfant.

	Elschning :	Iritis aiguës	Gilbert Uvéites	Hulla : Iridocyclites	Knoblock : Sclérites	Kahoun : Irido cyclites	Kapuzinsky : Iridocyclites
	1912	1925	1923	1932	1920 à 30	927 à 31	1929
Tuberculose	28	24	45,6	44,59	79,3	49,8	3%
Syphilis	21	20	16,6	18,01	3,6	6,9	10%
Rhumatisme	15,5	9	3	5,84	3,6	13,1	1
Arthr. Uratiques					1,6	0,4	
Cause inconnue	15,5	21	17	16,66	11	10,7	28
Affect. dentaires	0	20	8,2	2,7			49
Amygdales angines				0,90			3
Ethmoidites			0,4				
Inflam. suppurées des cavités nasales				2,25		0,8	
Otites				1,35			
Gonococcies			3	2,25		6,9	
Herpès			3	0,45			
Influenza			1,6				
Diabète, Furonculose			0,8	1,35		2,6	
Staphylocoque					3,6		
Néphrosclérose						2,8	
Néphrites				2,07		1,2	
Toxémies intestin.	19	17,5					
Appendicites chr.					0,4		
Septicémies				0,45			
Méningites				0,45			
Traumatismes							6
Hétérochromies			0,8				
			500 cas	222 cas	63 cas	233 cas	

— TABLEAU —

STATISTIQUE DE SCHELEY : Iritis et spondylarthrite (96)

Sur 73 cas d'Iritis rhumatismale, l'auteur a trouvé la répartition suivante :

Cœxistence avec une spondylose ankylosante : 10 (= 13,69%
—id— spondylarthrite déformante : 40 (= 54,79%
—id— colonne normale : 23 (= 31,5 %

STATISTIQUE DE ANGEVINE & ROTHARD : iritis et arthrite rhumathoïde (ou polyarthrite des auteurs français (4 bis))

L'iritis se verrait dans 2,5 à 4, 5 des cas.

STATISTIQUE DE FRITZ : iritis et spondylarthrite : Dans 20% des cas.

STATISTIQUE DE FISCHER & VONZ : iritis et spondylarthrite (59)

Dans 3% des cas pour un ensemble de 100 spondylarthrites observées.

STATISTIQUE DE KURNICK : kératite en bandelette et syndrome de STILL (59 bis)

Il y aurait cœxistence d'une Polyarthrite dans 19 cas sur les 24 cas de Kératites décrits.

STATISTIQUE DE MULOCK HOUVER : kératite filamenteuse et arthrites déformantes des mains (72)

On retrouverait cette forme de Kératite en rapport dans plus de la moitié des cas avec l'Arthrite déformante, surtout chez les vieillards.

Scléromalacie perforante et polyarthrite rhumatismale chronique : (32 — 106 — 55)

Sur les 6 cas que nous avons relevés, de Sclcéromalacie perforante, celle-ci s'accompagnait dans 5 d'entre eux de Polyarthrite chronique.

CHAPITRE VI

PATHOGENIE — UNICITE DU RHUMATISME

Presque instinctivement, les cliniciens de tous les pays, de toutes les disciplines, de toutes les écoles et de toutes les expressions, ont rassemblé sous l'étiquette « RHUMATISME » toute une série d'états apparemment très éloignés les uns des autres, tant par leur origine que par leur allure, par leur gravité que par leur étendue.

Chacune de ces affections a trouvé sa place logique dans une classification soigneusement élaborée par les soins de la Ligue Internationale contre le RHUMATISME ; ce travail remarquable a résisté aux critiques les plus sévères et rencontré la faveur des Rhumatologues du monde entier.

Néanmoins, l'idée même du Rhumatisme est encore discutée. On a même prétendu que le Rhumatisme disparaîtrait le jour où chacune des entités qui le composent, serait exactement définie. Or les événements n'ont pas confirmé cette façon de voir.

Aujourd'hui, la notion de Rhumatisme s'avère encore indispensable et inévitable. *Le Rhumatisme existe.*

Les rhumatologues ont bien pressenti que toutes ces affections apparemment si différentes « *se tiennent* » par un caractère pathogénique commun. Certains ont même essayé de l'établir, élaborant des théories avec des fortunes diverses, construisant des systèmes dont le principal mérite a été de fixer l'attention des chercheurs et d'éveiller leur curiosité.

C'est ainsi que *PONCET* a essayé de prouver l'existence de l'infection tuberculeuse à la base de toutes les affections rhumatismales.

ASCHOFF a voulu faire du Rhumatisme une affection à germe spécifique, caractérisée par l'existence du « Nodule » qui porte son nom.

En 1917, *WEINTRAUD* émet l'hypothèse d'une explication du rhumatisme par les phénomènes allergiques.

En 1923, *ROSSLE* introduit la notion d'inflammation hyperergique.

Tandis que *GERLACH* pense que l'inflammation hyperergique ne présente aucune réaction cellulaire ; *KLINGE*, au contraire, assigne à l'inflammation une réaction cellulaire, une lésion d'un type spécial. Pour celui-ci le Nodule d'ASCHOFF, les nodules semblables de la Polyarthrite chronique évolutive, les formations produites expérimentalement seraient des lésions hyperergiques ; elles seraient même des réactions hyperergiques type.

— *KLINGE* a donc fait du rhumatisme un état allergique vis-à-vis d'un streptocoque spécial ; qui serait non hémolytique pour *SWIFT* et au contraire hémolytique pour *ANGEVINE* et *ROTHBARD* (4).

Les travaux de KLINGE sont les seuls sur lesquels s'appuie actuellement la doctrine allergique, mais on n'a pu préciser l'agent initial de cette allergie.

La plupart des auteurs modernes voient cependant dans le Rhumatisme une allergie acquise, à la suite d'une primo-infection, quel que soit d'ailleurs l'agent de cette dernière. C'est ainsi que :

— Pour F. *BEZANÇON*, il y aurait allergie envers un virus spécifique.

— Pour d'autres, il s'agirait d'une allergie par des albumines étrangères d'origine alimentaire.

— Certains ont opté pour le rôle réduit d'une allergie spécifique, tandis que d'autres soulignaient ce qu'il y a de vague et d'inconnu, d'impossible à contrôler dans ce dogme de l'allergie.

Quoi qu'il en soit, les manifestations tissulaires du Rhumatisme, comparables à celles d'une inflammation hyperergique peuvent être envisagées comme *la réponse du mésenchyme hypersensible* à l'introduction d'un antigène, donc comme une réaction anaphylactique, quelle que soit la forme sous laquelle cet antigène se présente (corpusculaire ou toxine) (94).

En Pathologie articulaire, comme en pathologie cutanée, il se ferait dans certaines conditions, plus ou moins facilement selon les qualités du terrain, dont la théorie allergique postule l'intervention, des sensibilisations peut être spécifiques d'abord, puis bientôt non spécifiques, qui livreraient l'articulation à la merci des agressions les plus banales ; mais alors que le plus souvent, il ne se produit que des réactions inflammatoires, localisées et vite éteintes, chez les *individus présentant une idiosyncrasie particulière, à la suite d'une infection, d'un refroidissement, d'un traumatisme, d'une influence protéinique, se produiraient au niveau de l'articulation, des "désordres" importants et permanents ayant comme caractère essentiel une tendance à la généralisation*, comme si de l'articulation lésée partaient des substances protéiniques à affinités articulaires électives, à la manière des streptocoques articulaires dans les expériences de ROSENOW (101).

Nous ne retiendrons pas l'allergie intervenant dans « *la Focal Infection* » chère aux auteurs anglo-américains. Il s'agit là d'un processus infectieux impliquant 3 pivots :

— Un foyer *primaire* qui se trouverait au seuil d'une muqueuse. On en fixe le siège au niveau des fosses nasales, des dents, des sinus, de la prostate. Ce foyer est latent, déterminant à distance des lésions disproportionnées à sa faible virulence « in situ ».

— *Le germe microbien*, qui ferait partie du groupe des streptocoques.

— Enfin, la *maladie* déterminée serait systématisée par une localisation élective sur certains tissus : articulation, endocarde, myocarde, péricarde.

En somme, le rhumatisme serait dû à un streptocoque spécial à localisations électives, après être parti d'un petit foyer latent d'infection primaire.

Cette « focal infection » allergisante suppose avant tout, l'action d'un streptocoque. Mais on s'explique mal comment, dans le cas d'une métastase infectieuse, l'ablation du foyer primaire puisse amener la guérison de la lésion secondaire.

La conception allergique du Rhumatisme paraît la plus séduisante. Mais, elle ne vaut que pour les cas où une primo-infection a existé. Elle n'explique cependant pas les cas de Polyarthrite apparues à la suite d'un traumatisme, d'un choc émotif, d'un accident endocrinien, d'une auto-intoxication endogène.

Le point capital dans le problème de la pathogénie du Rhumatisme a été acquis le jour où, sans presque de discussion, tant la chose s'est imposée à l'évidence, les rhumatologues ont été d'accord pour considérer le rhumatisme comme une *maladie du Mésenchyme, du tissu conjonctif*.

Le tissu conjonctif articulaire comporte un certain nombre de tissus finis, différenciés. Ce sont, les cellules osseuses, cartilagineuses, les synoviales, les ligaments. Mais, à côté de ces organes différenciés, les limitant, les entourant, les pénétrant, d'autres cellules conjonctives non différenciées constituent *le tissu réticulo-endothélial*.

C'est la Physiologie et la Pathologie de cette formation tissulaire qui nous fournira la clef du Rhumatisme (articulaire ou abarticulaire).

En effet, le tissu R.E. est *le tissu vivant par excellence*. Il nourrit les organes voisins, leur fournit les éléments chimiques nécessaires au maintien de leur intégrité chimique et morphologique, reprend, transforme, et élimine les déchets de leurs activités. Les échanges s'opèrent par le jeu des affinités chimiques. A l'état de santé, il assure à la molécule protoplasmique une constance chimique rigoureuse. Les organes contrôlés par un tissu R.E. normal conservent une morphologie et une composition chimique d'une stabilité parfaite.

Nous avons montré ailleurs que le milieu articulaire représentait un *terrain conjonctif* et que le « plan fonctionnel réticulo-endothélial » avait bien aussi son territoire articulaire. Notre étude a également porté sur les colonies R.E. que l'on trounve dans l'appareil de la vision et ses annexes, et nous avons justement insisté sur la richesse de la région ciliaire en éléments carminophiles.

Qu'observe-t-on au cours des Polyarthrites ?

Les os perdent leur calcium, les cartilages leur soufre, le sang son fer et son cuivre ; les albumines constitutives voient s'inverser leur rapport.

On peut en conclure que le tissu R.E. ne remplit plus sa mission, qu'il est malade. Menacé lui-même de désorganisation, il cesse de fournir aux cellules différenciées les matériaux dont elles ont besoin. Au contraire, il les leur enlève, et incapable de les fixer, les élimine.

MICHEZ (70) donne le nom de « *Réticulite* » à cet état d'activité pathologique du conjonctif qui aboutit à la désintégration des tissus articulaires par une véritable spoliation de leurs constituants.

Un certain nombre de substances introduites dans l'économie seraient capables, selon cet auteur, d'y reproduire des *réactions hyperergisantes* en tous points semblables par leur action spoliatrice à cette réticulite.

Nous avons vu que *KLINGE* a réalisé cette hyperergie en introduisant dans l'organisme, dans certaines circonstances, des albumines sériques d'origine animale. *PROELL* est parvenu à éveiller des réactions hyperergisantes à symptomatologie polyarticulaire à partir d'une substance extraite de granulomes dentaires.

De même en utilisant certaines substances végétales extraites du gui, il est possible d'éveiller dans le tissu conjonctif des réactions semblables. Ces extraits ont été utilisés pour provoquer des résorptions calciques au niveau des ostéoses condensantes. Par contre, l'emploi intempestif de cette méthode a pu réveiller d'anciennes arthrites raréfiantes.

Nous connaissons donc les poisons du S.R.E. et nous savons qu'utilisés dans certaines circonstances, ils peuvent réaliser des arthrites. La parenté histologique du Globe oculaire et d'une articulation ; les analogies anatomo-cliniques que nous avons développées ailleurs, nous permettent de postuler la possibilité de manifestations oculaires analogues, alternant coïncidant ou existant même indépendamment des arthrites. Les conflits antigène-anticorps, qui risquent de frapper le globe oculaire, atteindront plus gravement, plus

précocement que toute autre, la région Irido-ciliaire que nous avons vue richenent pourvue en cellules R.E. La répartition dans l'œil du tissu R.E. fait donc de l'Iritis et du Corps ciliaire des points d'attraction et de fixation des accidents de choc anaphylactique.

Si le tissu R.E. peut être inhibé dans son fonctionnement par des poisons exogènes, il peut l'être également par des poisons endogènes.

Si la Goutte réalise parfois des spoliations osseuses évidentes, c'est probablement aussi par le mécanisme de la réticulite. Et nous voyons la colchicine, modificateur par excellence du S.R.E. ainsi que l'a démontré DUSTIN, mettre fin aux réactions hyperergiques déterminées par les poisons uratiques.

L'apport énergétique du système nerveux végétatif paraît également indispensable à l'activité normale du S.R.E.

— *ARNOZAN* (74) déjà avait insisté sur le rôle capital du système nerveux ;

« Le premier facteur sur lequel on doive insister écrit-il, c'est l'intervention toujours active du système nerveux que l'on avait pimitivement laissé de côté. Les cellules qui composent nos tissus, ne sont pas, en effet, de simples corpuscules inomminés, puisant dans le sang des éléments qui leur conviennent au gré de leurs affinités chimiques ; elles trouvent dans le sytème nerveux un régulateur vigilant qui, non seulement fait varier la quantité de sang qui les baigne, grâce au mécanisme de la constriction et de la dilatation vasculaire, mais encore qui incite ou modère leur activité nutritive. La nutrition est donc sous le commandement du système nerveux. Celui-ci est-il atteint ? immédiatement s'ensuivent des désordres nutritifs ».

— Pour *NICOLAS* (74) l'Arthritisme serait une *névrose vasotrophique constitutionnelle et héréditaire*, caractérisée par deux ordres de manifestations successives ; les unes vaso-motrices appartenant à la première moitié de la vie, les autres trophiques faisant partie de la dernière surtout.

— Depuis les travaux de *REILLY*, on tend actuellement à donner au SYSTEME NERVEUX SYMPATHIQUE un rôle important comme récepteur de choc. Le bouleversement anaphylactique a-t-on pu dire, apparaît comme un excitant spécifique du système neuro-végétatif, et l'on a pu, par des incitations sympathiques diverses, toxiniques, physiques, mécaniques, reproduire expérimentalement les lésions anatomiques de l'anaphylaxie.

Abordant plus spécialement l'étude du sympathique dans ses rapports avec la Pathologie articulaire DE SEZE et ses collaborateurs écrivent notamment :

« Lorsqu'on voit une tuméfaction immédiate des réticules et des endothélia vasculaires suivre immédiatement une irritation sympathique légère ; lorsqu'on voit une désintégration tissulaire manifeste avec dégénérescence des formations réticulées, thromboses vasculaires et nécrose des parois artérielles succéder à une agression violente du sympathique, on ne peut pas ne pas être convaincu du rôle important que joue le système neuro-végétatif dans la vie du tissu R.E.

C'est sans doute méconnaître l'importance physiologique du sympathique, que de limiter son rôle à celui de régulateur du débit circulaire, et de le juger toujours d'après ses réactions vaso-motrices. Pour être moins évidente, moins facile à observer, sa *fonction dynamique et trophique* n'en est pas moins certaine et fondamentale.

Les nombreux travaux suscités par ASCHOFF ont permis de reconnaître la multiplicité et l'importance des phénomènes biologiques (phagocytose, fixation, immunité, métabolisme...) qui intéressent le S.R.E. Mais il semble bien à l'heure actuelle, qu'il faille reconnaître à tous ces phénomènes une *subordination*, une *orientation*, une *coordination*, un *contrôle nerveux sympathique*.

Il n'est peut-être pas exagéré de dire que, dans ce système, *le dynamisme et la vitalité cellulaires sont affaires végétatives*. Les connexions qui unissent ce tissu à ce nerf sont telles que : toute modification fonctionnelle, toute perturbation du sympathique aura immanquablement sa répercussion dans le comportement et dans la vitalité des cellules du tissu R.E. ».

Evoquant ensuite les arthropathies sériques et la possibilité que le sympathique, recevant des perturbations humorales, quel qu'en soit le mécanisme intime, l'excitation de choc, puisse être à l'origine de ces accidents, DE SEZE poursuit : « Dans ce cas, les lésions articulaires ne représentent-elles pas au même titre que la tuméfaction ganglionnaire et les désordres vasculaires, *la riposte sympathique à l'excitation anaphylactique ?* »

Il était logique de penser que la synoviale, comme d'autres territoires, était susceptible de supporter les réactions sympathiques, et il était légitime d'aller à la découverte d'une pathologie sympathique articulaire à priori existante. Il n'y avait pas de raison de refuser à un territoire authentiquement conjonctif, à un domaine réticulo-endothélial, une dépendance vis-à-vis du sympathique, que d'autres régions manifestent avec tant d'évidence.

Il n'est pas question de superposer toute la pathologie articulaire à la Pathologie sympathique. Il s'agit de savoir exactement l'importance des rapports qui les unissent.

La synoviale, en effet, doit habituellement jouer un rôle, de façon toute locale pour ainsi dire, et représente pour le vaste S.R.E. une zone de réserve normalement en sommeil, n'entrant en activité générale que dans des conditions pathologiques déterminées sa capacité fonctionnelle pour être qualitativement identique, est néanmoins inférieure à celle d'un tissu spécialisé comme la rate, par exemple.

Par ailleurs, le territoire sympathique périfémoral ou périhuméral est expérimentalement moins vulnérable que d'autres, comme le sympathique cervical, comme surtout le splanchnique. De même une moindre sensibilité jointe à l'infériorité fonctionnelle du tissu R.E. synovial est peut-être responsable de l'ombre où reste le système articulaire dans de nombreux syndromes sympathiques et dans de nombreuses Réticulo-endothélioses. Mais la maladie de CHAUFFARD-STILL, montre qu'il n'en est pas toujours ainsi. (Notons que des manifestations oculaires font partie du cortège clinique de cette affection).

La nature conjonctive du Système articulaire, l'existence, dans son sein d'un plan réticulo-endothélial, l'existence de connexions intimes unissant ce système au sympathique, quelques faits cliniques ont permis de poser ce dogme : « *LE SYMPATHIQUE, NERF DYNAMIQUE* et *TROPHIQUE* du *TISSU R.E.* ».

La suppression brusque de cet élément au cours de certains traumatismes détermine de véritables arthrites atrophiques ; et les essais de traitement de certaines arthrites par les sympathicomimétiques réalisés par SCHOTTE, viennent singulièrement renforcer cette hypothèse.

Cette étude nous a montré l'importance que revêt le S.R.E. dans la Pathologie articulaire, et avec lui le système sympathique qui le tient sous son étroite dépendance. Nous avons pu voir aussi la part que l'on pouvait faire à la théorie allergique du Rhumatisme. Nous pensons que les manifestations oculaires qui nous ont occupés si longuement, sont, comme le rhumatisme lui-même, le fait *de manifestations hyperergiques se traduisant par une " réticulite "*.

En conséquence, la perte de l'intégrité physiologique du S.R.E. que l'on retrouve à la base de la Pathogénie de tous les états rhumatismaux constitue entre eux un trait d'union.

Le tissu osseux, le tissu cartilagineux, les divers éléments d'une articulation ne réagissent pas de façons très différentes aux divers processus morbides qui les atteignent ; l'ensemble de ces processus peut être réduit à des phénomènes de calcification d'une part, et de décalcification d'autre part. Les lésions que l'on observe ne prennent leurs caractères spéciaux, leur cachet clinique, qu'en raison de l'évolution, ou lente, ou plus rapide qu'elles affectent.

Il n'y a pas entre les diverses formes de Rhumatisme de compartiments étanches. Si on a pu séparer tant de formes variées de rhumatisme, c'est surtout dans un but didactique, car il n'était pas sans intérêt de définir nettement chacune d'entre elles, en vue de leur diagnostic éventuel.

Mais ceci ne doit pas nous empêcher de proclamer l'unicité du Rhumatisme, rappelant à ce propos le mot de LASEGUE « *Le rhumatisme est un et indivisible* ». Cette affirmation nous ramène insensiblement vers l'ancienne notion de Diathèse qui semble devoir reprendre une part de l'importance qu'elle avait acquise.

Nous ne nous éloignons pas pour cela de notre sujet, et puisque nous avons évoqué l'identité anatomo-histologique de l'œil et d'une articulation, nous pouvons admettre que cette articulation particulière doit réagir au processus rhumatismal de la même manière qu'une articulation proprement dite quelconque.

D'ailleurs, nous avons voulu marquer ce fait, cette unicité du Rhumatisme dans ses manifestations articulaires ou abarticulaires, en englobant les localisations que nous avons étudiées et décrites sous le terme général de « manifestations » et non pas de « complications » oculaires du Rhumatisme.

CONCLUSIONS

I — L'œil est une articulation. Nous avons essayé de le montrer par des arguments anatomiques, histologiques et cytologiques en faveur de l'analogie entre les éléments de l'œil et d'une articulation ordinaire.

II — Il y a une solidarité absolue entre les différentes parties de l'œil ; asssi ce ne sont pas seulement des Ténonites, des Sclérites, des Iritis, qu'engendre le Rhumatisme, mais bien un état pathologique de l'œil, dans lequel la maladie,, débutant le plus souvent par une cyclite par exemple, pourra atteindre successivement toutes les parties constituantes de l'organe de la vision.

III — Les manifestations oculaires du Rhumatisme ne peuvent être rapportées par la simple inspection à leur cause première. On arrivera à les diagnostiquer en s'aidant du contexte clinique, en recherchant également si ces déterminations précèdent, accompagnent, alternent ou succèdent à des manifestations rhumatismales, articulaires ou abarticulaires. Toutefois, comme elles peuvent exister isolément, aussi, on devra se baser sur leur *tendance à la récidive,* leur *récurrence habituelle,* leur *bénignité relative,* et éventuellement sur *l'action curatrice du traitement anti-rhumatismal* pour reconnaître leur nature.

IV — Toutes les formes de Rhumatisme peuvent déterminer des localisations sur l'œil ; mais ce sont surtout les formes chroniques qui sont le plus souvent en cause.

V — La présence dans l'œil et dans les articulations d'un plan fonctionnel Réticulo-endothélial notable ; l'atteinte fréquente de ce système au cours du Rhumatisme comme en témoigne plus particulièrement certaines localisations oculaires (régions ciliaires) les données de l'expérimentation, permettant de voir en lui « l'élément d'union entre les diverses formes du Rhumatisme, que l'on considère actuellement *comme une MALADIE du MESENCHYME.*

Malade, ce S.R.E. traduirait sa souffrance par des réactions hyperergiques déterminant une Réticulite. La fonction dynamique et trophique du sympathique à l'égard du tissu Réticulo-endothélial, la constitution propre à chaque individu jouerait un rôle important dans le Rhumatisme.

VI — Ces propositions qui nous montrent l'unicité du Rhumatisme, nous ramènent aussi à l'ANTIQUE NOTION DE DIATHESE.

BIBLIOGRAPHIE

1 ABADIE a) Traité des maladies des yeux T.I. p. 312
b) bulletin général de Thérapeutique vol. 2 (1879)

2 ABADIE et GA-LEZOWKI Cliniques d'Ophtalmologie p. 26.

3 AMSLER Le liquide lacunaire de l'œil (esquisse physiopathologique) Zurich. In Annales d'oculistique Juillet 1947

4 ANGEVINE et ROTHBARD Signifiance of synovial villus and cyliary process factors in localisations of bactéria in joints and eyes of rabbits. Journal of experimental medicin. Fev. 1946.

4 bis ANGEVINE ROTHBARD BERENS Am. jour. of ophtalmology T. 21-1315-1938.

5 ASCHER - K. Spondylarthrite ankylopoïetika et Iridocyclite ; in Médicinisch Klinisch I. 1936 p. 666/669.

ARLT cf BERGER N° 8.

ARNOZAN cf NICOLAS N° 74.

6 BECKER Article « rhumatisme » in dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales (décrit la K. I. rhumatismale 1876).

7 BERTSCH Du système réticulo-endothélial et de ses rapports avec l'appareil visuel. Thèse STRASBOURG 1935.

8 BERGER Les maladies des yeux dans leurs rapports avec la Pathologie générale. Arlt. Cornil. P. 273 - 278.

9	BESNIER	Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales 3° série IV — 1876.
10	BLOBNER F.	(Prague). A propos de l'Iritis à Hypopion récidivante. In Zt, scht. fur. Augenheilkunde 1937 — 91 page 192
10 bis	BESSIERE	Rapport sur les uvéites — Journ. de Médecine de Bordeaux Juillet 1947.
10 ter	BLOTEVOGEL	Zeitschr. Zellforsch I. 1924.
11	BOUILLAUD	Traité clinique du R.A.A. chap. V Paris 1840.
12	BROWN E V L	Year Book of the eye, nose and troat — 1937.
13	BRUN	Thèse 1881-1882 11 cas d'Iridochoroidite rhumatismale Paris N° 224.
14	BURIAN H.	1936 de l'iridocyclite dans la Spondylarthrite anklopoïétique — Med Prege II 1936 p. 9-12.
15	BURUCUA	Du rhumatisme oculaire et de quelques formes peu communes. Thèse Paris 1884 N° 276.
16	CABANNES	Etude sur les Kératites du Rhumatisme (interstitielle et ulcéreuse) avec quelques considérations sur la Kératite interstitielle en général. in gazette hebdomadaire des Sciences médicales de BORDEAUX, 24 Novembre 1901 page 555.
17	CAMPART	« Episcléritis » — Thèse Paris 1884.
18	CARRINGTON	In Guy' s Hospital report T. 1 1836 page 588.
19	CHARCOT	Leçon sur les maladies des vieillards
20	CHEVALLEREAU	Société d'Ophtalmologie de Paris

21	CHOMEL	Leçons de cliniques médicales T. II. (rhumatisme et Goutte 1837).
22	COSTE et GAUCHER	Les rhumatismes chroniques progressifs d'origine inflammatoire. In revue du rhumatisme — Août 1946.
23	DAVIS A. E.	American medicine 1915 Page 428.
24	DEMICHERI	Episclérites multiples dans une attaque de R.A.A. In Progrès médical 1896 Page 225.
25	DE SEZE, GUIOT J. SERANE	Réfléxions préparatives à des recherches expérimentales sur le rôle du sympathique en Pathologie articulaire. In revue du Rhumatisme 1939 Nov. p. 935-943.
26	DESMONS	Contribution à l'étude de la conjonctivite rhumatismale (R.A.A.) Thèse 1905 — N° 10 LILLE.
27	DESVAUX	Du rôle des maladies générales dans l'étiologie de la Kératite parenchymateuse. Thèse Paris 1897-1898.
28	DE WECKER	Traité théorique et pratique des maladies des yeux T. I ; page 394 (1867).
29	«	Des manifestations oculaires diathésiques in Annales oculistiques T. 85 page 37 (1881).
30	DIXON J.	A guide to the practical study of disease of the eye. Londres 1848 Page 114.
31	DOLBEAU	Leçons de clinique chirurgicale Page 27 Paris 1867.
32	EBER C. T.	« Fistule du limbe » American Journal of Ophtalmology 2e Semestre 1934 page 92.
33	ENROTH	Iritis rhumatismale et conditions météorologiques, in Acta Ophtalmologica 1932 vol. 10 pages 1 et 2.

34	FERNET	Du rhumatisme articulaire aigu et de ses manifestations Thèse Paris 1865 N° 47.
35	FORSTER (de Breslau)	Graefe Sœmisch in Hand Buch d. Augen Heilkunde Bd 11.
36	FRANÇON	Rhumatisme palindromique. In revue du Rhumatisme 1946 Janvier.
37	FUCHS	34 bis : Annales oculistiques T/114/115/1901.
38	«	Maladie des yeux 1933 Pages 44, 197 et 222.
39	GALEZOWSKI	Traité des maladies des yeux Page 348/49 1870.
40	GILBERT W.	Uvéites (Statistiques) in Zeitschrift f. Augen. page 267 N° 5 — 6 Juin 1923.
41	GOLDIE et GRIFFITHS	Briisht Journal médical 1936. 888.
42	GRENET et PELISSIER	Rhumatisme et ailergie In revue du Rhumatisme 1937.
43	HALBERSMA MELCHIOR	Meandschr. V. Kindergeneesk 1940.
44	HEUYER-HUREZ ET COMBES	Cataracte bilatérale et arthropathies. In Soc. de Pédiatrie — 18 Février 1941.
45	HOLM -ELJER	Iridocyclite et Kératite en bandelettes, dans la Polyarthrite infantile (Maladie de Still) in tr. Opht. Soc. United Kingdom 55 Pages 478/482.
46	HULLA Ferd.	Etiologie des Iridocyclites. In soc. d'ophtalmo. Thécoslovaque 1932. In Annales Oculistiques 1933 Page 63.
47	HUTCHINSON Jonathan	— « A reports on the forms of eye diseases wich occurs in Rhumatism and Goutt ». In Ophtalmologic Hospital reports. Vol II Pages 287 et 455 1873.

48 HUTCHINSON Jonathan — Kératite interstitielle Héréditaire syphilitique. In Opht Médic. Reports T. I Page 226 et T. 2 258 1858.

49 « — Archives of Surgery T. II et IV 1890.

50 IRONS E. ERNEST Quelques portes d'entrée de l'infection, moins fréquemment considérées dans l'Arthrite et l'Iritis In American Med Association — Juin 1923 — N° 26.

51 IRON et E. V. BROWN Récidives d'Iritis influencées par la suppression des infections. In Journal of American Med. Assoc. 9 Octobre 1926 N° 15.

52 « The Etiology of Iritis. In Journal of American Med. assoc. Juin 1916 Pages 1840/1844.

53 KAHOUN SV Etiologie et Thérapeutique des Iridocyclites Id. Loc. Cit. (52).

54 KALISCH Richard Some external diseases of the eyes due to Rhumatism. In Medical News Avril 1904 Page 777.

55 KIEHLE F. A. American C. O. Juin 1937.

56 KLINGE et FLICKE Anaphylaxie expérimentale inflammatoire de jointures. Krankheit forschung T. 9 page 81 Avril 1931.

57 KNOBLOCH Etiologie des sclérites In soc. d'Ophtalmologie Tchécoslovaque. PRAGUE 1930 In Annales d'Oculistique 1931 page 944.

58 KRAUPA Ernest (Brün) Iritis ou Spondylarthrite ankylosante In Klinische Monat. fur Augen. T. XCI Pages 493-494.

59 KUNZ Eberhardt Iritis dans la raideur inflammatoire chronique de la Colonne vertébrale (sp. ankylosante) c — In Klinische T. XCI Pages 153 à 163.

59 bis KURNICK — American journal of Diseases of children T. 63 — 742 1942. « A rare syndrom of Band shaped Keratitis and arthritis ».

60 LACAPERE — Les rhumatismes abarticulaires. în revue du Rhumat. 1946.

61 LACAPERE et G. FOMBEURE — A propos des Iritis rhumatismales. In Lyon Médical. Novembre 1934 — Séance médicochirurgicale des Hôpitaux libres.

62 H. LAGRANGE et J. GOULESQUE — Iridocyclite et infection Focale (Allergie R.S.E. clasogénine) In annales Ocul. 1938 Juillet Tome CLXXV.

62 bis F. LAGRANGE — Encyclopédie ophtalmologique 1904

63 LAURES G. — Sur un cas de spondylose rhizom. à évolution ankylosante généralisée. In soc. Méd des Hôpitaux de Paris Séance 23.11.1928 page 1561.

64 LAMY J. L. DESCHAMPS Mlle M.L. JAMMET et M. AUSSANAIRE — 18/3/47 Bulletin de la Société française de Pédiatrie.

64 bis LEPLAT Georges (Liège) — Le tissu R.E. oculaire ou Syst. histiocytaire, in annales oculistiques Juillet 1947

65 LEOST — Essai sur les affections oculaires liées à la diathèse rhumatismale — Thèse Bordeaux 1890 — 91 N° 24.

66 LŒWENSTEIN — Formation de Nodules dans la conjonctive et la cornée et leurs relations avec les nodules rhumatismaux d'ASCHOFF. In Zeitschrift fur Augen N° 1 et 2 Juillet 1933.

67 MACKENZIE — Traité des maladies des yeux.

68 MARBAIX — Complications oculaires dans un cas de Spondylose Rhizom. In Bruxelles Médical page 566 (16 Avril 1933).

69	MICHEL	Klinische Monastblatt. fur Augenheilkunde T. 1 pages 167/171 1892.
70	MICHEZ J.	Unicité du Rhumatisme Bruxelles Médical Décembre 1945 N° spécial.
71	MOISSONNIER	Congestion oculaire arthritique in Annales Oculistiques T. 127 Page 459 — 1901.
72	MULOCK HOUWER	Kératite filamenteuse et arthrite déformante In Klinische Monat fur Augenhelikunde Janvier - Juin 1928
73	NELIGAN A R	Rhumatisme palindromique. British médical journal 9 Février 1946.
74	NICOLAS	Sur une forme rare des manifestations oculaires de l'Arthritisme — l'Hyperémie sclérale Thèse Paris 1903 — 1904.
75	NOYES	Sclérotites dépendant de la Diathèse Goutteuse In annales d'Oculistique T. 2 (1847).
76	G. OFRET	Etiologie des Iridocyclites — Semaine des Hôpitaux de Paris 7 Janvier 1946.
77	«	Iridocyclite récidivante.- Revue de Pathologie comparée. Juillet Août 1945.
78	OLLENDORF Ulrich	A propos de la valeur de la Sédimentation des globules sanguins dans le diagnostic étiologique des Iritis et Iridocyclites. In Klinisch Monats Blatter fur Augen. Juiliet — Décembre 1932 — pages 33-36.
79	OHM	Bandformige HornHauttrübung bei einem Neur Jahrigen Madchen. In Klinisch Monats Blatter fur Augen Heilkunde. 1910 — pages 243, 246.
80	PAISSEAU et Melle DEBAY	Rhumatisme chronique déformant avec cataracte In soc. de Piédatrie 22 Avril 1941 Page 138.

81	PARINAUD	Congrès français d'Ophtalmologie 28 Janvier 1884
82	PATHEY - DUCLAUX	Le Rhumatisme chronique déformant ankylosant de l'enfance Thèse Paris 1938.
83	PARKER WEBER	Rhumatisme palindromique In Lancet 28 Décembre 1946.
84	PERRIN	Séance à l'Académie de Médecine 17 Janvier 1882, 8 Mai 1883.
85	PILLAT A.	Etude ophtalmologique de problème du Rhumatisme In Wien. Klinisch Woch 1 1936.
86	«	Les modifications du fond de l'œil dans la Polyarthrite aiguë. In Wiener Klinisch Wocherschrift N° 10 8 Mars 1935.
87	POPOVIC J. M.	Rhumatisme et yeux. In Klinische Monatsblatter fur Augenheilkunde Tome LXXXVII Juillet Décembre 1935 page 365.
88	PRIVE	De la Sclérotite rhumatismale Thèse Paris 1881.
89	PUECHAGUT	De la ténonite rhumatismale Thèse Paris 1884.
90	RATEAU J.	Formes fluxionnaires de la Sclérо-Ténonite rhumatismale In annales d'Oculistique Janvier 1936 Page 57.
91	RENAUT	Essai sur la Sclérotite Rhumatismale. Thèse Paris 1876.
92	ROI	De la Névrite optique rhumatismale. Thèse Paris 1886.
93	ROQUES	La Kératite interstitielle dans la syphilis acquise, le rhumatisme et la vie génitale de la femme. Thèse Bordeaux 1902.
94	ROULET	« Inflammation Hyperergique » — Annales d'Ana Path. Avril 1931 T. 8 Page 359.

95 RUDOLPH C. J. Eye findings in Rheumatic fever. In american journal of Ophtalmology Mars 1945.

95 *bis* SABRAZES et R. de GRAILLY Le milieu synovial physiologique et pathologique. 1936 Archives de la fondation Bergonié.

96 SCHLEY Importance de l'examen radiographique de la colonne vertébrale dans les affections de l'Iris. In Klinisch Monats Für Augenheilïunde 98 — 1937 Page 780.

97 STOLL Maximilien Traité de Médecine pratique — Paris 1909 Page 57 (traduit par Mahon).

98 SOULIER R. Thèse Paris 1912-1913. Essai sur l'étiologie des sclérites et épiscléritis.

99 TERRIER Remarques cliniques sur un cas d'Ophtalmie survenue au cours d'un R.A.A. In Archives d'Ophtalmologie 1884. Page 65. Janvier.

100 TESCHENDORFF Iritis rhumatismale et Spondylarthrite ankylosante In D.M.W. N° 41 Octobre 1938, page 1576. Analysé par METZGER in Revue du Rhumatisme Juillet 1939 page 819.

101 TEULIERES Iritis et hypoéma à répétition chez un sujet atteint de R.A.A. soc.. d'Anat. et Physiologie de Bordeaux 8 Mars 1909.

102 THYRY Ophtalmie rhumatismale. In Presse médicale Belge. 9 Mars 1873 - N° 14 16-19.

103 TRAITE D'OHPTALMOLOGIE 1939

104 TROUSSEAU A. Accidents primitifs sur l'œil de la Goutte et du Rhumatisme — Annales d'Oculistique T. 115-117 — 1901.

105 TUPPERT Müencher Med ? Wochen Schrift N° 2 1887.

106 VAN DER HŒVE J. American Journal of Ophtalmology. Janvier 1934.

107 VAN HIPPEL Bandförmige Hornhaut Trübung ; In Henke et Lubarsch. Traité d'Anapath. et Histologie Berlin 1928.

108 WRIGHT J. W. Rheumatism of the ocular muscles. Medicine revue 29 Sept. 1889.

109 WEIL M. P. Rhumatisme aigu et spondylose rhizomélique secondaire. Revue du Rhumatisme Juillet 1935. Pages 9 à 12.

110 WEIL M. P. et BEZANÇON F La notion de polyarthrite symétrique progressive. Conférence scientifique internationale du Rhumatisme. Chronique progr. généralis. Aix-les-Bains 1934.

TABLE DES MATIÈRES

PAGE

INTRODUCTION 1
CHAPITRE I Historique 3
CHAPITRE II Anatomie et Histologie comparées. 12
CHAPITRE III Affections oculaires rencontrées dans le Rhumatisme 19

Paragraphe 1 Paupières 20
(Blépharites 20
(Orgelets 21
(Chalazions 21

Paragraphe 2 Capsule de Tenon 22
(Thénonites) 22

Paragraphe 3 Conjonctives 23
(Conjonctives) 23

Paragraphe 4 Sclérotique 25
(Sclérotite 25
(Epiclerite et sclérite 26
(Hypérémie sclérale 27
(Scléorténonite 27
(Scléromalacie perforante 28

Paragraphe 5 Uvée 28
(Iritis 29
(Cyclites et Iridocylites 34
(Choroidites et Iridochoroidites. 34

Paragraphe 6 Cornée 35
(Kératite parenchymateuse 35
(» striée 38
(» filamenteuse 38
(» en bandelette 39

Paragraphe 7 Corps vitré 41

Paragraphe 8 Chambre antérieure 41

Paragraphe 9 Rétine 42

Paragraphe 10 Nerf optique 42

Paragraphe 11 Muscles de l'œil 43
(Névralgie 43
(Paralysies 43

Paragraphe 12 Cristallin 44

CHAPITRE IV Les manifestations rhumatismales à déterminations oculaires 46

Paragraphe 1 Rhumatisme de l'Enfant 46
(R. A. A. 46
(Rhumatisme chronique 46
a Polyarthrite chron. déformante
b Syndrome de Still

Paragraphe 2 Rhumatisme de l'Adulte..... 47
(R. A. A. 47
(Rhum. palindromique 47
(Goutte 47
(Rhumatismes évolutifs et spon-
(dylites rhum. 48

CHAPITRE V Statistiques 50

CHAPITRE VI Pathogénie. L'unicité du Rhumatisme 53

CONCLUSIONS. 61

BIBLIOGRAPHIE.

TABLES DE MATIERES.

- IMPRIMERIE DE L'IMERINA -

RUE COLBERT

TANANARIVE

Dépôt légal : 394-1951